Nr. 22. 3. czerwca 1923 Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Henryk BROKMAN. Warszawa.

Badania nad wrażliwością ludzi na jad czerwonkowy w związku z zagadnieniem osobniczej odporności.

(Według wygłoszonego wykładu na posiedzeniu Warszaw. Tow. Biolog. w dniu 11. X. 1922 r).

(Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W. Dyr. Prof. M. Michałowicz i z Państwowego Zakładu Badania surowic. Dyr. Dr. L. Hirszfeld).

Doniesienie tymczasowe.

W czasie nagminnego szerzenia się jakiejkolwiek choroby zakaźnej, niezależnie od jednakowej możliwości dla wszystkich zetknięcia się z zarazkiem, tylko pewien odsetek ludzi ulega zakażeniu, inni zaś pozostają na zakażenie oporni. Spostrzeżenie to nie ma jednakże wartości doświadczenia i nie pozwala na daleko idące wnioski. Większe już znaczenie naukowe posiada doświadczenie, w którem umyślnie poddajemy cały szereg osobników działaniu zarazków chorobotwórczych; lecz i to doświadczenie może być wykonane na tym samym osobniku przeważnie tylko raz jeden, co stanowi jego ujemną stronę, przyczem metoda ta ze zrozumiałych powodów posiada bardzo ograniczone zastosowanie na materjale ludzkim. Stwierdzenie wrażliwości pewnego narządu lub też układu danego ustroju na wprowadzenie doń zarazka, lub też wytwarzanego przezeń jadu może dać nam pojęcie o wrażliwości ustroju; ażeby odczyn ten posiadał wartość praktyczną, winien on być istotnym odpowiednikiem wrażliwości ustroju na dane zakażenie. Metodą tą oddawna posługuje się serologja doświadczalna, tak np. przez wprowadzenie jadu błoniczego do skóry świnki morskiej otrzymujemy stan zapalny, ustępujący wkrótce miejsca martwicy. Objaw ten został zużytkowany praktycznie dla celów miareczkowania jadu i przeciwjadu błoniczego. Świnki morskie, wszystkie bez wyjątku, z małemi jedynie odchyleniami są wrażliwe na jad błoniczy, wszystkie dają dodatnie odczyny skórne. Przed laty dziesięciu próba ta została zastosowana na człowieku przez Schick'a (stąd nazwa odczyn Schick'a): z polskich badaczy szczególną zasługę w opracowaniu znaczenia tego odczynu posiada Gröer. Okazało się wkrótce, iż zjawiska przebiegają tu odmiennie, niż u świnek morskich. Część ludzi co prawda oddziaływa, podobnie jak świnki morskie, na wprowadzenie doskórne jadu błoniczego, podczas gdy u innych odczyn jest zupełnie ujemny. Dalsze postrzeganie obydwóch grup ludzi wykazało, iż zachowują się one odmiennie w stosunku do żywych laseczników błoniczych; zarówno w czasie panującej epidemji błonicy, jak i przy umyślnem zarażaniu, chorują tylko ci, którzy dają dodatni odczyn Schick'a, oddziaływujący zaś ujemnie zachorowaniu nie ulegają. Wynika stąd ogromna wartość odczynu Schick'a, albowiem uwzględniony tu został warunek, o którym mówiliśmy poprzednio; odczyn Schick'a jest istotnym miernikiem wrażliwości ustroju ludzkiego na zakażenie lasecznikiem błoniczym. Powstaje pytanie, co warunkuje niewrażliwość danego ustroju na wprowadzenie doń doskórnie jadu błoniczego z jednej, i na zakażenie lasecznikiem błoniczym z drugiej strony. Analiza krwi tych ludzi wykazała, iż surowica zawiera pewną ilość przeciwjadu błoniczego, który znajduje się w stosowanej leczniczo surowicy przeciwbłoniczej. Ta obecność przeciwjadu warunkuje obadwa powyżej omówione zjawiska. Gdy do skóry tych ludzi wprowadzimy jad, zostaje on natychmiast zobojętniony przez krążący we krwi przeciwjad, nie jest on zdolny wywrzeć swego szkodliwego wpływu na tkankę; odczyn Schicka wypada ujemnie. A teraz z chwilą, gdy podobny osobnik zetknie się z żywemi lasecznikami błoniczemi, znajduje on równie skuteczną broń w zawartym we krwi przeciwjadzie błoniczym. U drugiej kategorji ludzi, nie posiadających przeciwjadu błoniczego, brak tej broni warunkuje z jednej strony dodatni odczyn Schick'a, z drugiej zaś wrażliwość na zakażenie błonicze. Posiadanie przeciwjadu w surowicy może być własnością zmienną lub stałą. Rozróżniamy tu trzy kategorje ludzi. Pierwsza kategorja posiada przeciwjad przez całe życie, od chwili narodzin aż do śmierci, u drugiej kategorji przeciwjad zjawia się dopiero w okresie dzieciństwa lub pokwitania, wreszcie u trzeciej kategorji ludzi przeciwjadu błoniczego nigdy nie udaje się stwierdzić. Przyczyna istnienia w ustroju ludzkim przeciwjadu nie jest do tej pory ustalona. Istnieją tu dwie możliwości: po pierwsze istnienie przeciwjadu mogłoby być uwarunkowane zetknięciem się ustroju z zarazkiem, który, nie wywołując choroby, mimo to spowodował powstawanie przeciwciał. Słuszność tego atoli poglądu zdaje się być zachwianą na zasadzie spostrzeżenia, iż tak blizkie zetknięcie się ustroju z zarazkiem, jakiem jest zachorowanie na błonicę, nie powoduje właśnie zazwyczaj powstawania przeciwjadu błoniczego. Stąd zyskuje na słuszności inny pogląd, iż obecność przeciwjadu błoniczego jest cechą danego osobnika, cechą przekazaną mu dziedzicznie. Możliwości tego ostatniego tłómaczenia nie osłabia bynajmniej ten wzgląd, iż cecha ta zjawia się nieraz dopiero w późniejszym okresie życia, możemy bowiem przytoczyć szereg zjawisk analogicznych; tak np. moczówka jest chorobą dziedziczną, konstytucyjną, choć ujawniającą się dopiero w późniejszym okresie życia. Krótkowzroczność, ujawniająca się dopiero w okresie szkolnym, jak to wykazał okulista Steiger, jest również cechą dziedziczną. Wykryte przez Dungerna i Hirszfelda własności surowicy, zlepiające krwinki innych ludzi, stanowią cechę, dziedziczącą się ściśle, według praw Mendla, mimo to dającą się stwierdzić dopiero w pewien czas po narodzeniu.

W czasie studjów teoretycznych nad odczynem Schick'a i przy praktycznem jego zastosowaniu powstało przypuszczenie, iż stosunek człowieka do lasecznika błoniczego i wydzielanego przezeń jadu nie jest zjawiskiem wyjątkowem. Postanowiłem przenieść to doświadczenie na inne zarazki. W pierwszej linji zwróciłem się do zarazka czerwonki (bac. dysenteriae Shiga-Kruze) i to z dwóch względów: po pierwsze drobnoustrój ten wydziela jad, dający się wyodrębnić, powtóre, objawy kliniczne w czerwonce, podobnie jak w błonicy, przypisywane są działaniu tegoż jadu, który daje się z bakteryj wyosobnić. Podjąłem próby na ludziach, nie bacząc na to, iż u zwierząt laboratoryjnych, pomimo ich wrażliwości na jad czerwonkowy, nie daje się wywołać odczynu skórnego. Wprowadzałem doskórnie rozcieńczony jad czerwonkowy (dosis laetalis minima wynosiła 0.1 na kg królika), wstrzykując po 0.1 rozcieńczenia 3 : 100. Po kilku godzinach powstaje zaczerwienienie. Po 24 godzinach zjawia się wyraźne nacieczenie, z początku o barwie czerwonej, później stalowej, wreszcie sinawej. Po 48 godzinach przy odczynach silniejszych zjawia się widoczny wylew o barwie sinej, miejsce odczynu przybiera powoli barwę ciemno-brunatną, po upływie tygodnia ognisko ulega martwicy, powoli zostaje wydalone, zjawia się owrzodzenie minimalnej wielkości, wreszcie tworzy się ledwie widzialna blizenka. Podobnie przebiega odczyn w większości przypadków, w mniejszości po przemijającem zaczerwienieniu nacieczenie zupełnie nie występuje i po 48 godzinach nie stwierdzamy już żadnego śladu odczynu. Pomiędzy odczynem silnym a brakiem odczynu istnieją przejścia, zarówno co do nasilenia nacieczenia, jak i co do wielkości ogniska martwiczego. Wśród badanych przezemnie 200 ludzi, około 80% dało odczyn dodatni, około 20% ujemny. Stwierdziwszy obecność odczynu, postarałem się dowieść, iż zależny on jest od własności toksycznych odczynu

nika. W tym celu wykonałem 2 kontrole: 1) gotowałem jad czerwonkowy w ciągu 10 minut, niszcząc w ten sposób zawarty w nim pierwiastek toksyczny: taka mieszanina dawała odczyn ujemny, 2) zobojętniałem w probówce toksynę surowicą przeciwczerwonkową, i ta mieszanina, wstrzyknięta doskórnie, nie wywołała ani nacieczenia ani martwicy. Badania te więc dowiodły niezbicie, iż odczyn, który otrzymujemy u człowieka przez wprowadzanie doskórne jadu czerwonkowego, zależny jest jedynie od zawartego w nim składnika toksycznego.

Jak wspomniałem wyżej wrażliwość skóry poszczególnych ludzi na jad czerwonkowy jest różna; powstało więc zagadnienie, wymagające odpowiedzi, od czego zależna jest indywidualna różnica w oddziaływaniu. Możliwe tu byłoby tłómaczenie trojakiego rodzaju: 1) brak odczynu możnaby było przypisać brakowi u niektórych ludzi w skórze składników wiążących jad czerwonkowy, brakowi tzw. receptorów, 2) dodatni odczyn u niektórych ludzi mógłby być tłómaczony oddziaływaniem tych ludzi na wszelkie jady. Brak równoległości między opisanym tu odczynem a odczynem Schicka, podobnie jak i brak równoległości między odczynem na jad czerwonkowy — a odczynem tuberkulinowym Mantoux, czyni to tłómaczenie nieprawdopodobnem. Istnieje jeszcze trzecia możliwość tłómaczenia tego zjawiska w zależności od szczególnych właściwości ustroju, polegających na zobojętnieniu jadu czerwonkowego. Na zasadzie analogji z błonicą najbardziej prawdopodobną wydawała się obecność istnienia własności zobojętniających we krwi, to też przystąpiłem do stwierdzenia tego zjawiska dwoma sposobami: pośrednim i bezpośrednim. Osobnikowi, który dawał dodatni odczyn, wprowadzałem podskórnie 30 cm surowicy przeciwczerwonkowej i po upływie dwóch dni wykonywałem odczyn powtórnie. Wypadał on wówczas ujemnie. Tę zmianę odczynu z dodatniego na ujemny można było tłómaczyć jedynie w ten sposób, iż jad czerwonkowy wprowadzony doskórnie natrafił na znajdującą się jeszcze w ustroju surowicę przeciwczerwonkową i został zobojętniony działaniem przeciwjadu. Doświadczenie to czyniło prawdopodobnem przypuszczenie, iż w warunkach naturalnych odczyn ujemny należy tłómaczyć zobojętnieniem jadu przez znajdujący się w ustroju przeciwjad. W szeregu przypadków udało mi się rzeczywiście wykryć przeciwjad w surowicy sposobem następującym. Pobrałem surowicę od 2 osobników, jednego, dającego odczyn ujemny, i drugiego, dającego odczyn dodatni; dodając do jadu błoniczego poszczególne surowice obydwóch ludzi, wykonałem z temi mieszankami odczyny u osobników, oddziaływujących uprzednio dodatnio na jad czerwonkowy. Wynik doświadczenia był następujący: surowica osobnika, dającego odczyn dodatni, nie posiadała żadnych, lub jedynie minimalne własności, zobojętniające jad czerwonkowy. Surowica osobnika, dającego odczyn ujemny, wybitnie osłabiała działanie jadu, użyta w rozcieńczeniu 1 : 50. Doświadczenie to dowiodło, iż wynik odczynu skórnego w szeregu przypadków idzie w parze z obecnością lub też brakiem w surowicy własności zobojętniających jad czerwonkowy: brak przeciwjadu warunkuje odczyn dodatni, obecność przeciwjadu — odczyn ujemny. Dalsze badania nad analizą tego zjawiska są w toku. Upoważniają one do wniosku, iż na wynik odczynu wywierają wpływ nietylko własności surowicy, lecz i pewne właściwości tkanek.

W czasie obecnym prowadzone są dalsze badania, mające na celu wyjaśnienie następnych zagadnień: Zależność zachorowania od dodatniego odczynu, wpływ przebytej czerwonki na zmianę odczynu, zależność odczynu od wieku.

Badania nad odpornością w błonicy wywarły ogromny wpływ na środki zapobiegawcze, stosowane w czasie epidemji tego schorzenia. Znaczenie tych badań dla tej sprawy zostało powszechnie uznane. Tutaj pragnąłbym zwrócić uwagę na związek tych badań z zagadnieniem konstytucyjnem. Starając się wyjaśnić zjawisko, o którem wspomniałem na początku pracy, zjawisko polegające na tem, iż w czasie epidemji jedynie pewien odsetek ludzi ulega zakażeniu, zauważyłem, że walczyły ze sobą o słuszność dwa odmienne poglądy. Pierwszy pogląd, reprezentowany przez oficjalną bakterjologję, uważał ustroje ludzkie za podłoże zawsze jednakowe, a zachorowanie uzależniał od zjadliwości zarazka. Drugi pogląd punkt ciężkości przenosił na właściwości ustroju, zarazkom chorobotwórczym przypisując raczej drugorzędną, nie rozstrzygającą rolę w powstawaniu choroby. Trzeba tu przyznać, iż pogląd pierwszy, choć nieco jednostronny, był oparty na danych doświadczalnych. Pogląd drugi obracał się w sferze ogólników. Przedstawiciele poglądu konstytucjonalnego mówili: ażeby dany osobnik uległ zakażeniu, potrzebna jest obecność w nim szeregu cech dysponujących: x, y, z itd., żadna jednak z tych cech nie była ściśle określona.

Badania, o których mowa powyżej, przechylają szalę zwycięstwa na korzyść poglądu konstytucjonalnego, nadając mu jednakże odmienny, bardziej określony wyraz. Obecnie znaną jest jedna cecha, owo X, bez której osobnik nie może zachorować na błonicę, cechą tą jest brak przeciwjadu błoniczego we krwi. Myliłby się jednakże każdy, ktoby sądził, iż ta zdobycz rozwiązała całkowicie zagadnienie wrażliwości osobniczej na laseczniki błonicze. Cecha ta bowiem jest konieczną, lecz nie wystarczającym warunkiem do zachorowania. Podaję tu jeden bardzo przekonywujący przykład. Szereg ludzi, nie posiadający przeciwjadu we krwi, mający w gardle pełne zjadliwości laseczniki błonicze, nie zachorowuje. Stąd wniosek, iż skłonność do zachorowania jest złożoną z całego szeregu cech, które dopiero w sumie warunkują wrażliwość ustroju, warunkują jego zachorowanie w obecności zarazka. Jedna cecha określona, inne są nam nieznane. Na jakiej drodze szukać należy określenia tych właściwości usposabiających, czy to na drodze badań serologicznych, określenia właściwości anatomicznych, czy wreszcie osobliwości czynnościowych ustroju, na pytanie to odpowiedzieć dziś nie jesteśmy w stanie.

Badania nasze stanowią pierwszą próbę przeniesienia zdobyczy, osiągniętych w nauce o błonicy, na inne choroby zakaźne. Badania są dopiero w początku, wyniki jednakże są zachęcające; pozwalają one mieć nadzieję, że i tutaj uda się ustalić stosunek pomiędzy pewną właściwością ustroju a jego wrażliwością na zakażenie i że ten stosunek znajdzie swój wyraz w postaci łatwego do wykonania odczynu serologicznego. W tym wypadku zagadnienie dyspozycji w stosunku do zakażenia czerwonkowego zostałoby posunięte o jeden krok naprzód.

Panom kierownikom oddziałów szpitalnych Doc. Dr. W. Janowskiemu, Płk. Dr. L. Karwackiemu i Płk. Dr. Z. Raźniewskiemu za pozwolenie korzystania z materjału szpitalnego wyrażam niniejszem serdeczne podziękowanie.

Doc. W. ŁAPIŃSKI. Warszawa.

Rozwój, zakres i zadania współczesnej chirurgji ortopedycznej.

(Dokończenie).

Wielkim postępem w leczeniu gimnastycznem stał się system powszechnie znanych przyrządów Zandera, zwłaszcza gdy chodzi o stosowanie ruchów z oporem. Zander zmierza do zastąpienia ręki ludzkiej, jako nie zawsze wyszkolonej i, co ważniejsza, ulegającej rychło zmęczeniu, przez odpowiedni system dokładnych przyrządów, których budowa opiera się na dwóch prawach: prawie dźwigni (kości — to dźwignie dwuramienne, mięśnie zaś — to działające na nie siły) i na fizjologicznem prawie Schwanna o wydolności mięśni.

Oprócz zabiegów mechanoterapeutycznych nader poczesne miejsce zajęły w wieku bieżącym różnorodne czynniki terapji fizykalnej, jak heljoterapja, stosowanie lampy kwarcowej, czyli tak zw. sztucznego słońca górskiego, stosowanie elektryczności pod rozmaitemi postaciami, a przedewszystkiem prądów wysokiego napięcia *(Diathermia)* itd.

Szczególną uwagę zwrócić musimy na jeden czynnik, który niesłychanie wpłynął na rozwój chirurgji ortopedycznej: jest nim wykrycie promieni X, dzięki którym poznaliśmy dokładnie całe szeregi niezbadanych dotychczas zboczeń. To

też słusznie nazywają niektórzy radjografję oftalmoskopem chirurgji ortopedycznej. Korzystanie z tej wielkiej pomocy, jaką daje radjodjagnostyka, nie powinno jednak nigdy usuwać w cień badania klinicznego; badanie to musi być zawsze przeprowadzane w całej pełni, a radjoskopja i radjografja jest zawsze tylko aktem ostatnim i oby była aktem, stwierdzającym dane badania klinicznego.

Wreszcie należy rzec słów parę jeszcze o jednym czynniku, który uwarunkował rozwój dzisiejszy ortopedji, a jest nim udoskonalenie przyrządów ortopedycznych, przeznaczonych do noszenia przez chorych. Przyrządy ortopedyczne mają za zadanie utrzymanie danej części ciała w ściśle określonem położeniu, albo nadanie pewnej części ciała położenia pożądanego, albo też wreszcie zastąpienie nieistniejącego lub pozbawionego władzy narządu. Przyrządy takie były znane oddawna; wiek XIX dał nam cały szereg pomysłów zwłaszcza ze strony lekarzy amerykańskich (przyrządy Taylora, Judsona). Wielkim postępem są znane powszechnie przyrządy mechanika Hessinga, które zmierzają do dokładnego unieruchomienia stawu, zniesienia ucisku, czyli do odciążenia, i wreszcie rozłożenia ciężaru aparatu na całą powierzchnię danej części ciała za pomocą okalających pochewek ze skóry.

Z przytoczonego dopieroco szkicu rozwoju i zakresu nowoczesnej chirurgji ortopedycznej wyłania się wyraźnie jej charakter, jako odrębnej specjalności. Mnogość i różnorodność środków leczniczych, stosowanych w jednym dziale patologji, a mianowicie narządów ruchu i konieczność zapoznania się i owładnięcia techniką tych wszystkich środków nadają jej cechy znamienne i charakter odrębnej specjalności. Odgraniczyć ją wszakże i wyosobnić całkowicie z dziedziny chirurgji wogóle niepodobna i w istocie niema potrzeby. Istnieją całe działy patologji, jak np. cierpienia stawowe wogóle, których leczenie w całym zakresie, zdaniem ortopedeutów amerykańskich, należy wyłącznie do zadań ortopedji; naodwrót zaś, zdaniem ortopedeutów francuskich, w zakres ortopedji wchodzą nie choroby przewlekłe stawów, lecz jedynie zboczenia i zniekształcenia, pozostałe po takiej czy innej chorobie stawów.

Próby takiego ścisłego zakreślania granic ortopedji — jak zresztą wogóle zbyt ścisłe odgraniczanie poszczególnych, a zwłaszcza pokrewnych gałęzi Medycyny praktycznej — są zgoła pozbawione znaczenia praktycznego i noszą raczej cechę jałowych sporów akademickich. Leczeniu otopedycznemu podlegają liczne cierpienia z różnorodnych działów patologji; część tych chorób ortopedjaześrodkowuje niepodzielnie i te nadają jej podstawową cechę zasadniczą; na obwodzie zaś swym ma ona obszerny pas graniczny, dzięki któremu zahacza się i wchodzi w łączność, niekiedy bardzo ścisłą z innemi działami medycyny teoretycznej i praktycznej, a także i społecznej.

Rozwój chirurgji ortopedycznej i jej zadania pociągnęły za sobą konieczność tworzenia odrębnych specjalnych zakładów leczniczych, zaopatrzonych w odpowiednie urządzenia pomocnicze. Istotnie we wszystkich krajach Europy Zachodniej, a zwłaszcza w Ameryce Północnej powstały specjalne szpitale ortopedyczno-chirurgiczne. Chirurgja ortopedyczna staje się przedmiotem nauczania uniwersyteckiego; w Niemczech np. istnieją obecnie omal że na wszystkich uniwersytetach kliniki lub conajmniej polikliniki ortopedyczno-chirurgiczne. We Francji rozwój chirurgji ortopedycznej poszedł drogą odmienną: nad chirurgją ortopedyczną pracowali przedewszystkiem chirurdzy w szpitalach dziecięcych; ortopedja stała się jednym z poddziałów chirurgji wieku dziecięcego, a więc dziedziny, w której Francja bezspornie naczelne zajmuje stanowisko. Obecnie na wszystkich niemal wydziałach we Francji istnieją oddzielne katedry chirurgji dziecięcej w połączeniu z ortopedją.

Równolegle z rozrostem szpitalnictwa specjalnego i rozszerzaniem się nauczania uniwersyteckiego szedł rozwój piśmiennictwa naukowego oraz powstały ogniska naukowe w postaci stowarzyszeń oraz zjazdów naukowych

* * *

Historja Medycyny Polskiej stwierdza, że nasi lekarze i chirurdzy od najdawniejszych czasów żywo zajmowali się cierpieniami kości, a więc tą gałęzią chirurgji, z której powstała ortopedja.

W wieku XV, jako biegły chirurg, słynął łaziebnik Hanczko z Szamotuł, dopiero wszakże w wieku następnym za panowania Zygmunta Augusta zjawia się słynny w całej Europie Józef Struś (1510—1568), który przetłómaczył z greckiego na łacinę dzieła Galena o złamaniach kości i chorobach stawów.

Wiek XVII daje znanego na całą Europę przyrodnika-lekarza i chirurga Jana Jonstona (1603—1675), który w jednem ze swoich dzieł lekarskich zajmuje się chirurgją układu kostnego, jako to: zwichnień i złamań.

Wybitnym i gorliwym rzecznikiem podniesienia chirurgji i nadania jej należytego stanowiska był Rafał Czerwiakowski (1743—1816), prof. chirurgji w Akademji Jagiellońskiej, za panowania Stanisława Augusta. W swem sześcio-tomowem dziele »Narządu opatrzenia chirurgicznego« części I—VI poświęca Czerwiakowski sporo miejsca sprawom ortopedji. W części: »O środkach wady ciała poprawiających« pisze on kolejno »O poprawie skrzywionej kolumny pacierzowej«, »O poprawie nóg koślawych«, »O poprawie krzywych kolan«, »O poprawie krzywej szyji«, podaje dokładny opis przyrządów i sznurówek, używanych naonczas w celu leczenia skrzywień kręgosłupa i wypowiada między innemi parę nader słusznych i do dzisiaj prawdziwych uwag np. w sprawie potrzeby nadzoru lekarskiego nad budową przyrządów ortopedycznych: »...Umyśliłem uczniów chirurgicznych... uprzejmie napomnieć, aby za przykładem chirurgów gnuśnych lekce sobie nie ważyli umiejętności robienia prostych machin, którą się rzemieślnikom, nie mającym poznania w chirurgicznych rzeczach, poruczać zwykło«.

W końcu XVIII w. wybitny chirurg Ludwik Perzyna, braciszek zakonu Braci Miłosierdzia, w dziele o Nauce cyrulickiej (1792, 1793) zamieszcza rozdziały o »połamanych kościach«, o »wybitych czyli wywinionych kościach z swych stawów«.

W wieku XIX szkoły lekarskie w Krakowie, w Wilnie i w Warszawie zapisały na kartach swej historji liczne nazwiska głośnych chirurgów, którzy w szerszym lub węższym zakresie uprawiali rolę pod omawianą gałęź chirurgji. Przytoczyć należy nazwiska Jakóba Szymkiewicza (w dwutomowej chirurgji z roku 1806 rozdziały o niekształtnościach, o chorobach kości, o garbie), Emiljana Klemensa Nowickiego (pracowite dzieło z roku 1833 o złamaniach kości, zaopatrzone w dobre ryciny dawnych i nowych przyrządów używanych w tej dziedzinie chirurgji), dalej Andrzeja Janikowskiego, który pozostawił monografję »O skrzywieniach kręgosłupa« (1838), »O naturze i leczeniu choroby Pott'a«. Przytoczyć jeszcze należy nazwiska tak zasłużonych chirurgów, jak Józef Czekierski, Jan Fryderyk Niszkowski, Ludwik Bierkowski, Le Brun, Józef Mianowski, Juljan Kosiński i w. innych.

W czasach późniejszych, w końcu wieku ubiegłego na spopularyzowanie i rozwój chirurgji ortopedycznej wpłynęli dwaj przedwcześnie zmarli lekarze Roman Jasiński (1853—1898) i Tomasz Drobnik (1858—1901).

Jasiński, uczeń Girsztowta, ordynator oddziału chirurgicznego szpitala dla dzieci, wystąpił w Warszawie na widownię w chwili wyodrębniania się ortopedji z ogromu chirurgji ogólnej i stał się u nas dzielnym szermierzem jej praw, doskonałym popularyzatorem jej zdobyczy, z drugiej zaś strony poczynił szereg samodzielnych spostrzeżeń i badań, jak np. prace o stosunku wad wzroku do skrzywień kręgosłupa, o przymiotowych cierpieniach kręgosłupa, o astazji wrodzonej itd. Niezmiernie ruchliwy i rzutki Jasiński otworzył u nas pierwszy zakład ortopedyczny w roku 1880. Nowe kierunki i pomysły, jakie zjawiały się na Zachodzie, badał natychmiast na miejscu i świetnem piórem zaznajamiał z niemi ogół lekarzy polskich. Dość przytoczyć sprawozdania Jasińskiego o opatrywaniu ran według nowej, głośnej wówczas metody Lister'a (1877, 1882), badania nad działaniem

rozgłośnej swego czasu tuberkuliny K o c h'a, sprawozdania z własnych spostrzeżeń u C r é d é g o w Dreznie nad przeciwgnilnem działaniem soli srebra, wreszcie o pełnych właściwego J a s i ń s k i e m u temperamentu i do dziś dnia budzących duże zainteresowanie listach z Paryża, pisanych na rok przed śmiercią o metodzie C a l o t'a prostowania garbów.

O zasługach D r o b n i k'a, ucznia M i k u l i c z a, w ciągu bez mała dziesięciolecia ordynatora oddziału Św. Józefa dla dzieci, a pod koniec życia w szpitalu miejskim w Poznaniu, już wspomniałem. D r o b n i k a zajmowały różnorodne zagadnienia chirurgji ogólnej; w wielu pracach poruszył liczne dziedziny chirurgji ortopedycznej, jako to: o leczeniu stopy końsko-szpotawej, o rachitycznych skrzywieniach goleni, o zachowawczem leczeniu gruźlicy stawów itp. Największą jednak zasługą pozostaną już przytoczone prace nad przeszczepianiem ścięgien. Śmierć D r o b n i k a przeszła niepostrzeżenie: jest tedy rzeczą jaknajbardziej wskazaną, aby na tem miejscu zasłudze rodaka, któremu sądzonem zostało uzyskać poczesne miejsce w naukowem piśmiennictwie wszechświatowem, oddać należną cześć.

W Małopolsce działalność ortopedyczno-chirurgiczna skupiała się przedewszystkiem na klinikach chirurgicznych pod kierunkiem tak znakomitych przewodników, jak M i k u l i c z, O b a l i ń s k i, R y d y g i e r, że wspomnę tylko o tych, co już odeszli. Szczególną uwagę poświęcić należy potężnej indywidualności R y d y g i e r a, jego energji i wielostronności. W omawianej dziedzinie chirurgji pozostawił R y d y g i e r ślady niemałe: w piśmiennictwie znany jest sposób R y d y g i e r a wycinania dwóch klinów z kości stępu w ciężkich przypadkach stopy końsko-szpotawej. R y d y g i e r jeden z pierwszych wykonał u nas krwawe nastawienie zwichnienia wrodzonego w stawie biodrowym i zademonstrował tę operację uczestnikom Zjazdu Chirurgów Polskich w Krakowie w r. 1896. Wreszcie zasługą R y d y g i e r'a jest zorganizowanie nauczania chirurgji ortopedycznej w prowadzonych przez niego klinikach, zwłaszcza we Lwowie.

Poznań od lat dziesięciu poszczycić się może doskonale zorganizowanym i prowadzonym zakładem ortopedycznym imienia Bronisława G ą s i o r o w s k i e g o.

Wreszcie należą się słowa uznania wytrwałym i sumiennym, zmarłym w ostatnich latach pracownikom na polu ortopedji, jak Antoni G a b r y s z e w s k i i Józef G a r b o w s k i.

* * *

Na wydziale lekarskim wszechnicy warszawskiej, dzięki inicjatywie prof. L e ś n i o w s k i e g o, mam zaszczyt rozpocząć dzisiaj wykłady chirurgji ortopedycznej.

Jak wszelka nauka kliniczna, tak i nauczanie chirurgji ortopedycznej nie może odbywać się systematycznie, kolejno, według ściśle określonych działów. To ostatnie jest zadaniem podręcznika; nie da się zaś ono zmieścić w żywym, wciąż zmiennym ustroju klinicznym. Będziemy tedy wspólnie badali i rozpoznawali poszczególne ułomności i zboczenia o tyle, o ile nam ich dostarczy stan bieżący naszej kliniki, będziemy się stopniowo zaznajamiali z metodami leczniczemi i ich stroną techniczną.

Już podczas szkicowego zaledwie dotknięcia przeze mnie poszczególnych spraw chorobowych, z których każda stanowi duży dział, który podczas naszych przyszłych zajęć będziemy zapełniali treścią kliniczną, zwróciliście zapewne uwagę, Panie i Panowie, na te liczne pola Medycyny, na które wypadnie nam wkraczać, z jak licznemi jej przedstawicielami współpracować, korzystać z ich rad i pomocy i nadowrót służyć im doświadczeniem własnem.

Gdy będzie mowa o zboczeniach pochodzenia wrodzonego, musimy sięgać do badań embrjologicznych, aby zrozumieć powstawanie ułomności wrodzonych. Gdy będziemy mieli do czynienia z tą czy inną postacią paraliżu, wkroczymy nieraz w głąb zagadnień z dziedziny neuropatologji. Gdy zajmą nas sprawy leczenia, a zwłaszcza zapobiegania powstawaniu bocznych skrzywień kręgosłupa, wejdziemy na ważne i wdzięczne pole higjeny szkolnej i spotkamy się tam w zgodnem współdziałaniu z higjenistą szkolnym. Zboczenia wrodzone, a zwłaszcza krzywica — ten częsty sprawca wszelakiego zła w wieku dziecięcym — zetknie nas nieledwie codziennie z wielu działami pedjatrji i chirurgji wieku dziecięcego. Codziennie niemal będziemy oglądali klisze radjograficzne, uczyli się badać szczegóły, wyprowadzać wnioski, kontrolować naszą działalność leczniczą. Dużo czasu i pracy poświęcicie również Panowie dość żmudnej technice opatrunków gipsowych, tego codziennego niemal zabiegu w dziedzinie naszej specjalności. Wreszcie budowa i przystosowywanie aparatów ortopedycznych i protez zaprowadzi nas w dziedzinę zagadnień mechaniki.

We wszystkich dopieroco wymienionych przejawach swego działania zachowa ortopedja tło zasadnicze i cechy znamienne tej wielkiej gałęzi Medycyny praktycznej, z której wyrosła, która jest jej macierzą i stałym doradcą, to jest chirurgji ogólnej: dokładna znajomość jej zasad, odpowiednie wyszkolenie i zasób doświadczenia klinicznego stają się niezbędnym warunkiem pomyślnego uwieńczenia naszych usiłowań.

Jeszcze na jedną, zazwyczaj pomijaną dziedzinę styczną ortopedji chcę zwrócić uwagę Pań i Panów. Ortopedja zajmuje się zboczeniami postaci narządów ruchu; jeśli mówimy o zboczeniu chorobowem, to musimy mieć jasne pojęcie normy, pojęcie kształtu prawidłowego, oczywiście z pełnem zastrzeżeniem względności pojęcia normy w naturze. Sprawą tą słabo interesuje się anatomja opisowa i anatomja topograficzna, jest to bowiem dziedzina anatomji plastycznej; przybywa więc jeszcze jedno styczne pole zainteresowania i pracy.

Najdoskonalszy wyraz prawidłowego, pięknego kształtu ludzkiego znajdujemy w sztukach plastycznych, a więc w malarstwie, i nadewszystko w rzeźbie; nietylko więc badania systematyczne zewnętrznej postaci ciała ludzkiego, lecz i studja nad rzeźbą, zwłaszcza klasyczną, którą przecież przedewszystkiem zajmowała postać, dadzą najlepszą i najpewniejszą skalę porównawczą. Wszakże badaniu dzieł plastycznych musi towarzyszyć wyrobiony krytyczny zmysł spostrzegania: wprawne, czujne i wyszkolone oko dojrzy natychmiast w dziełach sztuki uchybienia postaci, zależne tak od przyczyn patologicznych, jak i od zewnętrznych, przypadkowych wpływów, a przedewszystkiem odzieży. Oto kilka przykładów dzieł sztuki, oglądanych objektywnem, chłodnem okiem anatoma-plastyka z całkowitem oczywiście pominięciem wzruszenia i wartości estetycznych.

Słynna Wenus florencka »Odrodzonego Greka« Boticellego, z jej długą, wąską szyją, opuszczonemi barkami i wąską zapadłą klatką piersiową — to wyraźny typ suchotnicy. Te same cechy ma postać wiosny w innym znanym obrazie Boticellego »Primavera«. Wiadomo, że modelem artysty była Simonetta Cantanea, zmarła w 23 roku życia na gruźlicę. Utrwalony zaś typ suchotnicy długo powtarzał się w dziełach sztuki; toć u prerafaelitów — a więc w drugiej połowie wieku XIX — z Burne Jonesem na czele w stylizowanych wydłużonych postaciach widzimy wyraźne typy gruźlicze.

Znana rzeźba z końca XIX w. tancerka Falguiera ma wyraźnie przez sznurówkę i odzież zniekształconą dolną część klatki piersiowej. Bruzdy, okalające golenie poniżej kolan, spotykane w postaciach niewieścich Rembrandta, dowodzą, że modele artysty w tem miejscu nosiły podwiązki.

W bardzo rozpowszechnionym w odbitkach obrazie Kleina p. t. »Sąd Parysa« są przedstawione trzy boginie. »Z grubych stawów napięstkowych i goleniowo-stopowych, — pisze jeden z anatomo-plastyków — ze skrzywień kończyn dolnych niezawodnie można wywnioskować, że wszystkie trzy boginie przebyły chorobę angielską. Afrodyta otrzymuje nagrodę widocznie dlatego, iż przedstawia najwyraźniejsze objawy tej choroby«.

Przykłady powyższe, wzięte z brzegu, nie są — jakby się to mogło zdawać — zbędną dygresją; przeciwnie, świadczą one, że każdy zajmujący się — niezależnie od tych czy innych pobudek, zamierzeń i celów — postacią ludzką, musi mieć dobrze wyrobione pojęcia o jego prawidłowości i zboczeniach.

Dla lekarza, zwłaszcza naszej specjalności, zapoznanie się z wynikami poszukiwań anatomji plastycznej, opartej na

pomiarach postaci żywych i na badaniu zwłaszcza klasycznych dzieł sztuki, a zatem zaznajomienie się z nauką o proporcjach ciała i poszczególnych jego części oraz z t. zw. kanonami, tj. systemami idealnego odtwarzania normalnej postaci ludzkiej, jest cennym i ważnym środkiem pomocniczym w dziedzinie poznawczej jego zawodu.

Widzicie zatem Panie i Panowie, z jak różnorodnych źródeł pomocniczych korzysta współczesna chirurgja ortopedyczna, jak w pełni rozwoju i jak żywotna jest nasza młoda gałąź Medycyny i — co za tem idzie — jak rozległe pole pracy Was czeka.

Mozolna praca kliniczna, którą dzisiaj wspólnie podejmujemy, ma jeszcze tę cechę znamienną, że oprócz osobników chorych dotyczy ona w znacznej części i zdrowych, lecz bardzo nieszczęśliwych okaleczonych ludzi. Długiej drodze, jaką w tej dziedzinie iść musi lekarz, zanim osiągnie cel zamierzony i licznym, często dokuczliwym środkom, jakiemi w swem działaniu posługiwać się musi, zawsze towarzyszyć winny wielka wytrwałość, niesłychana cierpliwość, łagodne i życzliwe obejście, wielkie wyrozumienie.

Pozwólcie więc Panie i Panowie, że nasze dzisiejsze zapoznanie się zakończę słowami wielkiego lekarza i wybitnego uczonego, przezacnego człowieka i wzorowego obywatela, niezapomnianego Władysława Biegańskiego: »Pamiętajcie, że Medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie«.

Doc. Dr. January ZUBRZYCKI. Kraków.

O leczeniu drgawek porodowych w ciąży i podczas porodu.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie.
(Dyrektor Prof. Dr. A. Rosner).

(Dokończenie).

W nowszych czasach, i to już w okresie ery leczenia radykalnego, powrócił do zupełnie zaniedbanego konserwatywnego leczenia drgawek porodowych Stroganoff, wprowadzając w niem jednak zasadnicze zmiany. Wychodzi on mianowicie z założenia, że zapobieganie napadom drgawek powinno być głównym celem położnika przy leczeniu eklampsji. Dąży on zaś do tego, starając się zmniejszyć drażliwość układu nerwowego chorej przez wprowadzenie jej w spokojny sen przy pomocy odpowiednich dawek środków nasennych i przez usunięcie wszystkich drażniących wpływów świata zewnętrznego. To ostatnie uzyskuje przez odosobnienie chorej, umieszczenie jej w ciemnym spokojnym pokoju i ograniczenie do minimum tak zewnętrznego, jak i wewnętrznego badania. Ze środków nasennych podaje przedewszystkiem chloral, uważając go za swoistą niejako odtrutkę przeciw jadowi eklampsji. Podawanie zaś innych narkotyków naprzemian z chloralem, np. morfiny, uważa za wskazane, gdyż sądzi, że mieszanie takie pozwala na wprowadzenie większej ilości tego rodzaju środków do ustroju chorej, bez obawy wywołania u niej objawów zatrucia. Pozatem zwraca szczególniejszą uwagę na czynność narządów krwionośnych i oddechowych, podtrzymując ich sprawność odpowiedniemi lekami. Różnica pomiędzy dawnym sposobem leczenia zachowawczego a nowym, podanym przez Stroganoffa, polega na tem, że dawniej podawano morfinę i chloral w bardzo wielkich dawkach i czekano z podawaniem następnych tak długo, aż wystąpił nowy atak. Stroganoff zaś, mając na celu niedopuszczenie do drgawek wogóle, podaje środki nasenne zapobiegawczo w małych dawkach, stale aż do ukończenia porodu, nie zwracając uwagi na to, że ataki się nie powtarzają. Skutkiem tego utrzymuje chorą w półzamroczeniu i cel swój w znacznej części przypadków osiąga. Z uwagi na to, że głównem dążeniem jego sposobu leczenia jest zapobieganie występowaniu ataków drgawek, nazwał Stroganoff sposób ten zapobiegawczym (profilaktycznym).

W jednej z licznych swoich prac podaje Stroganoff schemat leczenia zachowawczego, najlepszy i wystarczający, według jego zdania, w zupełności, bez mała prawie w każdym przypadku. Radzi on mianowicie podawać:

W	0 godzin po zaczęciu leczenia	0.015	gr	morfiny
»	1 » » »	2.00	»	chloralu
»	3 » » »	0.015	»	morfiny
»	7 » » »	2.00	»	chloralu
»	13 » » »	1.50	»	»
»	21 » » »	1.50	»	»

Z powyższego wynika, że pojedyncze dawki leków podaje Stroganoff w jedno, dwu, cztero, sześcio i ośmiogodzinnych odstępach czasu. Morfinę stosuje w postaci wstrzykiwań podskórnych, chloral w lewatywach. Tak, według jego zdania, jak i wielu innych autorów (Roth, Lichtenstein, Zweifel), stosując powyższy schemat przy drgawkach porodowych, uzyskujemy pomyślny wynik leczenia w odsetkach o wiele wyższych, niż przy leczeniu radykalnem.

Lecząc sposobem zapobiegawczym musimy liczyć się w wysokim stopniu z indywidualnością chorej i niejednokrotnie normować odpowiednio przerwy między poszczególnemi dawkami. Szczególnie zaś w późniejszych godzinach leczenia musimy tę ewentualność brać w rachubę. Nie możemy bowiem zapominać o niebezpieczeństwie, z jakiem jest połączone długotrwałe stosowanie tych wszystkich środków nasennych dla ośrodków nerwowych i narządów, tak krwionośnych, jak oddechowych. Z tych to, między innemi, względów poleca Stroganoff, by zwracać baczną uwagę na czynność narządu krążenia i oddechania. Stosunkowo bardzo szybko, pod wpływem własnego doświadczenia, jakoteż prac szeregu badaczy, zmienił Stroganoff swoje skrajne zachowawcze stanowisko na bardziej radykalne. Polecał mianowicie w wyjątkowych przypadkach rozwiązanie chorej sposobami łagodnemi i przyśpieszenie porodu, oraz upust krwi, stwarzając przez to zaczątki tak zwanego leczenia wyczekującego.

Postępując przy drgawkach porodowych w ten sposób obniżył Stroganoff śmiertelność matek do 8% a śmiertelność płodów do 21%, Zweifel zaś i Lichtenstein obliczają na podstawie swojego licznego materjału śmiertelność matek na niespełna 6%. Pomimo tych dobrych wyników szereg badaczy do tego sposobu postępowania przekonać się nie może. Niektórzy klinicyści uważają nawet wprost za szkodliwe nieuzasadnione wprowadzanie znacznych ilości ciał trujących do zatrutego już i tak ustroju (Fritsch), i twierdzą, że przez to osłabia się jego siły ochronne, potrzebne mu do zwalczenia choroby. Inni, jak Bumm i Olhausen, są zdania, że stosowanie środków nasennych przy eklampsji ograniczyć należy do minimum, podając je tylko osobom niespokojnym i podnieconym, względnie osobom, których system nerwowy w swoich fizjologicznych czynnościach prawie nie uległ żadnemu zaburzeniu. To zapatrywanie na leczenie odurzające nie jest pozbawione pewnych podstaw teoretycznych, poniekąd nawet zupełnie słusznych. Nie ulega bowiem najmniejszej wątpliwości, że środki nasenne dla ustroju nie są obojętne, zwłaszcza dla ustroju, z którego one skutkiem zmian wytworzonych w narządach wydzielniczych, jak to właśnie ma miejsce przy eklampsji, zostają niedostatecznie szybko wydalone. Pomimo to nie można jednak w zupełności potępiać leczenia zachowawczo — wyczekującego, a to dlatego, że uzyskane przy jego pomocy wyniki lecznicze, jeżeli nie są lepsze, to w każdym razie nie gorsze, niż przy leczeniu radykalnem.

Jak to już wspomniałem, sam Stroganoff zapoczątkował leczenie wyczekujące, wprowadzając do leczenia zachowawczego pod wpływem głównie Zweifla, upust krwi, oraz rozwiązanie operacyjne, względnie przyśpieszenie rozwiązania przy pomocy sposobów łagodnych. W miarę nabywanego z postępem czasu doświadczenia klinicznego, leczenie wyczekujące oddzielono, jako zupełnie odrębny rodzaj postępowania, od leczenia zachowawczego i stworzono dla niego pewne zasady, które wskazują na to, że jest ono poniekąd kombinacją leczenia radykalnego i zachowawczego Stroganoffa. Dążeniem leczenia wyczekującego jest jak najrychlejsze rozwiązanie chorej przy pomocy zabiegów łagodnych (kleszcze, wydobycie ręczne płodu). Nie zawsze jednak do wykonania tych zabiegów znajdziemy odpowiednie warunki natychmiast po wybuchu drgawek. I w tych to ostatnio wspomnianych

przypadkach, jak sądzą zwolennicy leczenia wyczekującego, należy stosować leczenie zachowawcze S t r o g a n o f f a i starać się ewentualnie równocześnie przez zastosowanie nieforsownych metod postępowania o szybsze uzyskanie warunków do łagodnego ukończenia porodu. Nie śpieszą się więc z rozwiązaniem i nie forsują go tak, jak to robią zwolennicy leczenia radykalnego, lecz, stosując sposoby powoli działające, wyczekują aż ukończenie porodu stanie się możliwe bez niebezpieczeństwa dla matki, przy pomocy kleszczy lub ręcznego wydobycia płodu. Stąd nazwa: »leczenie wyczekujące«. Z powyższych ogólnych uwag wynika, że głównemi zasadami leczenia wyczekującego są: 1) Jak najrychlejsze rozwiązanie chorej, lecz tylko przy pomocy zabiegów łagodnych (kleszcze, ręczne wypobycie płodu). 2) W razie braku odpowiednich warunków porodowych dla wspomnianych zabiegów przyśpieszenie, z czem nie wszyscy autorowie się godzą, porodu, atoli nie forsowne (wprowadzenie balonu do wnętrza macicy). 3) Zniesienie a względnie ograniczenie bodźców zewnętrznych i odosobnienie chorej, ograniczenie badania, względnie przeprowadzenie go, jak wszystkich zabiegów, w uśpieniu głębokiem. 4) Zmniejszenie pobudliwości ośrodków nerwowych oraz zapobieganie napadom drgawek przy pomocy systematycznego podawania środków odurzających w myśl zasad S t r o g a n o f f a. 5) Utrzymanie prawidłowej czynności poszczególnych narządów. 6) Upust krwi.

W klinice U. J. w Krakowie poczęto leczyć drgawki porodowe w ten sposób dopiero w ostatnich kilku latach. Wszystkie przypadki leczone wyczekująco skończyły się pomyślnie dla matek a w większej części także korzystnie dla płodu. Liczba ich jest jednak tak nieznaczna, że na podstawie ich żadnych dalej idących wniosków co do wartości tego rodzaju leczenia wyciągnąć nie można. Skutkiem tego przy ocenianiu zalet tego sposobu leczenia oprzeć się musimy jedynie na statystycznych danych i doświadczeniu innych klinicystów. Te zaś dowodzą, że wyniki leczenia wyczekującego są w każdym razie lepsze niż wyniki leczenia zachowawczego, w przeciwnym bowiem razie ani sam S t r o g a n o f f ani Z w e i f e l i główni przedstawiciele kierunku zachowawczego leczenia eklampsji, nie byliby, jak to wspomniałem, w miarę nabywanego doświadczenia klinicznego, zmienili swoich przekonań na bardziej radykalne.

Zmianę kierunku w leczeniu zapobiegawczem na bardziej czynne przypisać również należy w wysokim stopniu pracy F r e u n d a, który na podstawie swoich zestawień dochodzi do wniosku, że przy leczeniu wyczekującem polepsza rokowanie w danym przypadku możliwie wczesne rozwiązanie chorej. Uważa on, że przeważnie we wszystkich przypadkach, w których ukończono poród w 4—6 godzin od chwili wybuchu drgawek, przebieg jest korzystny w odróżnieniu od tych przypadków, w których rozwiązanie nastąpiło później. Zdaniem jego przypadki t. zw. późnych drgawek porodowych, to znaczy takich, które wybuchły z końcem pierwszego okresu lub w drugim okresie porodu, wykazują mniejszy procent śmiertelności, niż przypadki t. zw. wczesnych drgawek porodowych, powstałych w ciąży lub z początkiem pierwszego okresu porodu. Jest to logicznem następstwem tego, że przy pierwszych krótszy czas upływać musi od wybuchu choroby do rozwiązania, niż przy drugich. Z tych to więc względów należy leczenie drgawek porodowych rozpocząć jaknajrychlej po ich wybuchu i starać się o możliwie szybkie przeprowadzenie porodu, a nawet o jego przyśpieszenie, mając ciągle na uwadze to, że im więcej czasu upłynie od chwili ujawnienia się cierpienia aż do rozwiązania, tem rokowanie w danym przypadku musi być niekorzystniejsze.

Niezaprzeczenie bardzo ważne i doniosłe znaczenie odgrywa w leczeniu drgawek porodowych upust krwi. Stosowano go przy eklampsji już od bardzo dawna (N ä e g e l e, G r e n s e r) i nie można powiedzieć, że ze złym skutkiem. Z biegiem czasu jednak, i to głównie na podstawie nie zupełnie ścisłych wywodów S c h r ö d e r a i W i n k l a, zaniechano go prawie zupełnie i nie posługiwano się nim aż do r. 1893. W tym roku wprowadził na nowo Z w e i f e l upust krwi do leczenia drgawek porodowych i zapewnił mu nieјako prawo obywatelstwa w leczeniu eklampsji. W nowszem piśmiennictwie znaleść można szereg prac uzasadniających statystycznemi danemi stosowanie upustu krwi przy drgawkach porodowych. Największym jego zwolennikiem jest, nie ulega żadnej wątpliwości, przedewszystkiem sam Z w e i f e l. Ale także i inni, jak L i c h t e n s t e i n, U t m ö l l e r, przypisują upustowi krwi doniosłe znaczenie na korzystny przebieg drgawek porodowych. Co więcej — nawet są zdania, że dobre wyniki leczenia radykalnego odnieść należy nie tyle do opróżnienia macicy, ile raczej do znacznej utraty krwi, na jaką chora jest narażona podczas forsownych do ukończenia porodu dążących zabiegów położniczych. Z tych właśnie względów niektórzy klinicyści francuscy, jak F r a n ç o i s, M a c e, C h i r i e, posługują się przy leczeniu drgawek porodowych li tylko upustem krwi, twierdząc, że uzyskują w ten sposób śmiertelność u matek na ogół nie sięgającą ponad 11% ogólnej liczby przypadków.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że upust krwi w znacznej ilości przypadków wpływa korzystnie na przebieg drgawek porodowych. Nawet na nielicznym materjale kliniki krakowskiej miałem sposobność stwierdzić to niejednokrotnie. Sam atoli upust krwi, jako taki, w przeważnej części przypadków drgawek porodowych wyleczyć nie jest w stanie. W połączeniu jednak z innemi środkami używanemi przy eklampsji, zwłaszcza skombinowany z wyczekującem leczeniem, może nam oddać znakomite przysługi, pod tym jednakowoż warunkiem, że jednorazowa ilość upuszczonej krwi nie powinna być mniejsza, jak 500 ccm. Korzystne działanie upustu krwi na przebieg drgawek porodowych odnieść należy najprawdopodobeiej do dwóch następujących momentów. Przedewszystkiem zmniejsza on, jak wiadomo, znacznie wysokie ciśnienie krwi, z jakiem stale przy drgawkach porodowych mamy do czynienia, przez co, rzecz jasna, musi wpływać leczniczo, a pozatem powoduje, że wraz z odpuszczoną krwią usuwamy pewną ilość znajdujących się w ustroju chorej ciał trujących.

Nawiązując do ostatnich słów wspomnieć muszę i o tem, że celem usunięcia z ustroju chorej nieokreślonych i nieznanych jadów, powodujących drgawki porodowe, radzili swego czasu Z w e i f e l, L i c h t e n s t e i n, S t e i g e r i inni wlewanie śródżylne roztworów soli kuchennej lub węglanu sodu, aby w ten sposób przepłukać niejako ustrój. Pomimo jednak, że zabiegom tym nie możemy odmówić pewnych teoretycznych podstaw i pomimo, że w odnośnem piśmiennictwie spotykamy wzmianki, uzasadniające klinicznemi wynikami ich stosowanie, to nie znalazły one przecież praktycznego zastosowania, między innemi dlatego, że powodując, zwiększenie ilości płynu w ustroju, prowadzą do podniesienia ciśnienia krwi, co nie jest obojętne przy drgawkach porodowych. Tenże sam cel miały zawijania w koce i ciepłe pełne kąpiele. Zabiegi te dążyły również do usunięcia jadów z krwiobiegu, zwiększając transpirację skórną. Stosują je jeszcze po dziś dzień niektórzy klinicyści, pomimo, że nie stwierdzono, aby jad eklamptyczny opuszczał ustrój chorej przez skórę, a natomiast zauważono, że powodują one zagęszczenie krwi, co, zdaniem B u m m a, jest szkodliwe dla chorej. Pozatem niepokoją chorą, a to w myśl zasad S t r o g a n o f f a, jest przy drgawkach porodowych niepożądane.

Fakt, że bardzo doniosłe rokownicze znaczenie dla przebiegu drgawek porodowych ma ilość wydzielanego moczu, zwrócił uwagę pewnej części autorów na nerki i naprowadził na przypuszczenie, że po pierwsze jad eklamptyczny wydziela się z moczem, a po drugie, że im więcej moczu chora oddaje, tem więcej jadu opuszcza ustrój i naodwrót. Wychodząc z tego założenia starano się zwiększyć ilość wydzielanego moczu. Wszystkie farmakologiczne środki w tym celu stosowane zawiodły i dlatego podawania ich wkrótce zupełnie zaniechano. W nowszych czasach poleca L i c h t e n s t e i n wstrzykiwanie euphylliny. Lepsze już wyniki uzyskano przy pomocy wprowadzonej do lecznictwa drgawek porodowych t. zw. dekapsulacji nerek (E d e b o h l s). Zabieg ten, którym z początku posługiwano się bez wyboru w różnych przypadkach drgawek porodowych i który uważano za jeden z uniwersalnych sposobów leczenia drgawek poro-

dowych, poczęto powoli w miarę doświadczenia klinicznego ograniczać i obecnie wskazania do wykonywania go ściślej określono. Dzisiaj już twierdzić możemy z całą stanowczością, że nie sama eklampsja jako taka, lecz raczej powstrzymanie prawidłowej czynności wydzielniczej nerek daje wskazanie do dekapsulacji nerek (Sippel). Należy więc wykonać ją dopiero wtedy, gdy w wysokim stopniu trwale się utrzymujące ilościowe oraz jakościowe zmniejszenie się moczu, względnie jego składników, wpływa niekorzystnie na przebieg sprawy chorobowej. Zdaniem Nickelsona za przyczynę bezmoczu, występującego przy drgawkach porodowych, uważać należy skurcz tętnic i tętniczek nerkowych. Zadaniem więc dekapsulacji jest przywrócenie o ile możności, przynajmniej na czas krótki, prawidłowych warunków krążenia krwi w nerkach. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przy pomocy dekapsulacji nerek, zmniejszając napięcie w miąższu nerkowym, jesteśmy w stanie w większej ilości przypadków uzyskać pożądany wynik (Gaus, Rosorowski, Reinhard, Gmünder, Littauer itd). Zabieg ten uważać jednak musimy jako środek ostateczny. Uciekać się do niego należy tylko w tych przypadkach, które, w myśl powyższych wywodów, do tego się nadają i to dopiero po wyczerpaniu wszystkich innych środków, któremi w leczeniu eklampsji rozporządzamy (Reilferscheid, Kehrer). Z tego to też założenia wychodząc Baisch i inni twierdzą, że do dekapsulacji nerek przystąpić powinniśmy ewentualnie dopiero wtedy, gdy mimo rozwiązania warunki krążenia w nerkach nie zmienią się na korzyść i bezmocz w dalszym ciągu będzie się utrzymywał, pogarszając rokowanie. Na ogół jednak wyniki po dekapsulacji nerek przy drgawkach porodowych nie są najlepsze i dlatego nie można się dziwić, że cały szereg autorów, między innymi Poten i Balser, dochodzą na podstawie obszernych statystyk do wniosku, że zabieg ten nie odnosi należytego skutku przy eklampsji. W klinice położniczo-ginekologicznej w Krakowie wykonano ten zabieg w jednym tylko przypadku. Wskazaniem był bezmocz. Wynik zabiegu był najzupełniej ujemny.

Za dalekoby nas zaprowadziło wyliczanie wszystkich środków, które stosowano przy drgawkach porodowych, przypisując im bardzo doniosłą wartość leczniczą. Trudno jednak, omawiając już lecznictwo eklampsji, przynajmniej pobieżnie o niektórych nie wspomnieć. Podawano więc przy drgawkach porodowych przetwory takie, jak veratrum viride (Zinke), pilokarpinę (Pukius), celem zmniejszenia ciśnienia krwi, nitroglicerynę (Cragin), pituitrynę (Hofbauer, Krakauer), która znowu, nawiasem mówiąc, ciśnienie krwi ma podnosić; dalej leczono drgawki porodowe hirudyną, zmniejszającą krzepliwość krwi (Stade, Dienst, Engelmann), tyreoidyną (Lange, Lolenstine), paratyreoidyną (Vasale, Kaiser, Strobach). Wstrzykiwano podoponowo lub rdzeniowo kokainę lub skopolaminę (Henkel), tropokainę i stovainę (Seitz). Celem obniżenia ciśnienia śródczaszkowego, które ma być, zdaniem wielu autorów, przy drgawkach porodowych podniesione i ma być jedną z bezpośrednich przyczyn powodujących powstawanie samych drgawek, polecano trepanację czaszki (Zengemeister) i nakłucie lędźwiowe (Batański, Krönig, Thies). Wychodząc z założenia, że drgawki porodowe powstają wskutek trującego działania nadmiaru składników wytwarzających pokarm w ustroju kobiety (Persson), zalecano odciąganie kleju z piersi i wdmuchiwanie do nich tlenu pod wysokiem ciśnieniem (Walcher, Gilles, Dusnig, Wilhams). Biorąc za podstawę zapatrywanie, że eklampsja powstaje skutkiem braku dostatecznej ilości ciał ochronnych w ustroju chorej (Veit, Weichardt), ciał, których zadaniem jest unieszkodliwić trujące składniki krążące we krwi, usiłowali Mayer, Kosmak, Holländer leczyć drgawki porodowe śródżylnemi lub śródoponowemi wstrzykiwaniami surowicy prawidłowych ciężarnych.

Nie doprowadziłoby do celu omawianie szczegółowe wszystkich sposobów i odmian różnych rodzajów leczenia drgawek porodowych, jak niemniej nie mogę się tutaj zapuszczać w dokładniejsze ocenianie ich wartości i wyników. Dość wspomnieć, że one nie znalazły praktycznego zastosowania. Ograniczyłem się tylko do szerszego omówienia sposobów leczenia najważniejszych, najwięcej dzisiaj rozpowszechnionych i najliczniejszych mających zwolenników. Któremu atoli z tych ostatnio wspomnianych sposobów oddać pierwszeństwo, to niestety długo jeszcze pozostać musi nierozstrzygnięte a to głównie z powodu braku dokładnej kontroli klinicznych spostrzeżeń i wyników. W ocenianiu bowiem tej tak ważnej sprawy, obecnie przynajmniej, oprzeć się możemy jedynie tylko na statystykach, które w dodatku, jak wiadomo, kryją w sobie siłą faktu całe szeregi błędów i niedokładności. Dane pozatem, uzyskane tą drogą zależne są w bardzo wysokim stopniu od sposobu ujęcia całej sprawy przez danego autora, a wyniki poszczególnych prac właśnie z powyżej wymienionych przyczyn różnić się mogą od siebie bardzo znacznie. Nie wyklucza to jednak możności wzajemnego porozumienia się, gdyż, zestawiając przypadki według pewnego schematu i opisując je o ile możności dokładnie, ominąć możemy przynajmniej z grubsza wspomniane usterki.

Mały i niejednostajny materjał kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego nie pozwala mi na wyciąganie daleko idących wniosków odnośnie do leczenia drgawek porodowych. Nie mniej jednak już na jego podstawie stwierdzić mogę z całą pewnością z jednej strony, że im wcześniej zaczniemy leczyć drgawki porodowe, tem lepsze jest rokowanie w danym przypadku, z drugiej strony, że opróżnienie macicy i usunięcie jaja płodowego jest jednym z najważniejszych momentów, wchodzących w grę przy leczeniu eklampsji. Rozpatrując zasady opisanych metod leczniczych i ich wyniki dojść musimy do wniosku, na podstawie danych statystycznych klinicznych, że właściwie tylko dwie z nich t. zn. radykalna i wyczekująca mogą ze sobą współzawodniczyć pod względem praktycznego zastosowania. Metody zachowawczej nie biorę w rachubę dlatego, że właściwie już nawet sam Stroganoff, jak to wspomniałem, w ostatnich czasach zasady jej do tego stopnia zmienił, iż prawie bez mała nie różni się ona od metody wyczekującej.

Tak zwolennicy leczenia radykalnego, jak i wyczekującego zgadzają się na to bez zastrzeżeń, że im wcześniej po wybuchu drgawek porodowych rozpoczniemy leczenie (bez względu na jego rodzaj), tem lepsze otrzymamy wyniki, dalej, że, o ile drgawki porodowe wybuchną z końcem okresu pierwszego lub w okresie drugim porodu, a więc wtedy, kiedy kanał szyji jest zupełnie lub prawie zupełnie rozwarty, należy bezwzględnie natychmiast poród ukończyć. Różnią się natomiast zasadniczo w postępowaniu przy drgawkach, powstałych w ciąży, lub z początkiem pierwszego okresu porodu, a więc wtedy, kiedy nie posiadamy warunków do ukończenia porodu łagodnemi zabiegami. Rozstrzygnięcie pytania, któremu ze wspomnianych rodzajów leczenia w takich razach oddać pierwszeństwo, nie jest rzeczą łatwą. Teoretyczne wywody przemawiają za pierwszym, doświadczenie zaś kliniczne i dane statystyczne zdają się znów przemawiać za drugim. Sądzę, że tak samo, jak i w odniesieniu do przeważnej części innych schorzeń ustroju, tak samo i w odniesieniu do drgawek porodowych, stałej i niezmiennej reguły postępowania w tych razach polecać nie można. Nie ulega bowiem, zdaniem mojem, najmniejszej wątpliwości, że w wyborze postępowania powinniśmy się kierować nie tyle zasadami tego lub owego sposobu leczniczego, ile raczej różnemi innemi czynnikami, zależnemi w wysokim stopniu od nasilenia objawów chorobowych, przebiegu samego cierpienia i indywidualnego zachowania się danej chorej. Badanie kliniczne tego tak różnorodnego zbioru objawów, jakie składają się na obraz cierpienia, określonego mianem drgawek porodowych, może nam dostarczyć ponad wszelką wątpliwość szeregu danych, na których opierając się, temu lub owemu sposobowi leczniczemu w danym przypadku oddamy pierwszeństwo. Ostatnio w piśmiennictwie, dotyczącem leczenia drgawek porodowych, coraz wyraźniej zaznacza się dążenie, aby zasadniczo chorą na drgawki porodowe rozwiązać możliwie jaknajprędzej po wybuchu drgawek, lecz nie przy pomocy niebezpiecznych sposobów leczenia radykalnego. Natomiast

wprowadzenie balonu do wnętrza macicy celem biernego rozszerzenia jej odcinka, równoczesne zastosowanie metod nowoczesnego leczenia zachowawczego, a wreszcie jako końcowy zabieg, rozwiązujący, kleszcze lub ręczne wydobycie płodu, stosuje się obecnie w przeważnej liczbie klinik i w przeważnej liczbie przypadków drgawek porodowych. Przeciwnikami prowokacji porodu lub jego przyśpieszenia są Lichtenstein i Zweifel.

Ostatnio i w klinice położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie przeważa prąd leczenia drgawek porodowych metodą wyczekującą. Leczenie przypadków tych, których natychmiast łagodnym zabiegiem rozwiązać nie można, zaczyna się znacznym upustem krwi (500 ccm), który w razie potrzeby powtarza się, w mniejszym rozmiarze kilkakrotnie. Chorą odosabnia się w myśl zasad Stroganoffa, i podaje się jej środki odurzające w dawkach i odstępach czasu podanych przez niego. Równocześnie celem przyśpieszenia lub wywołania porodu zakłada się w głębokiem uśpieniu chloroformowem, nie eterowem, aby nie zwiększać ciśnienia krwi, balon do wnętrza macicy, obciążając go odpowiednio. Po dostatecznem otwarciu kanału szyji kończy się poród, zależnie od warunków, kleszczami, lub obrotem i ręcznem wydobyciem płodu, także w uśpieniu chloroformowem. Popłód rodzi się możliwie szybko przy pomocy zabiegów Credego lub przy pomocy ręcznego wydobycia łożyska. Wyjątkowo tylko tam, gdzie albo leczenie wyczekujące nie odnosi skutku, albo tam, gdzie stan chorej jest tak groźny, że zachodzi obawa w niedługim czasie zejścia śmiertelnego, stosuje się rozwiązanie w myśl zasad leczenia radykalnego przy pomocy cięcia cesarskiego pochwowego.

Celem pokazania Panom na przykładzie, jak się właściwie przeprowadza takie leczenie wyczekujące, pozwolę sobie przytoczyć wyciąg z historji choroby chorej na drgawki porodowe, leczonej w typowy sposób w myśl zasad leczenia wyczekującego na klinice położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie.

L. dz. 73. 915 W. S. 26-letnia. Ciąża 5., położ. podł., ułoż. czaszk., post. pierwsza, X. m. ks., miednica prawidłowa.

Dnia 13. IX. 1915 o godz. 2·30 popoł. zgłosiła się do kliniki, podając w wywiadach, że rano nagle utraciła wzrok; to poprzedziły silne bole głowy, nudności i wymioty. Przy badaniu stwierdzono koniec ciąży, ciśnienie krwi mierzone sposobem Recklinghausena: D=115, S=285; znaczne obrzęki, zwłaszcza na twarzy i kończynach dolnych; w moczu 15‰ białka (Essbach), niedokrwienie brodawki nerwu wzrokowego.

O godz. 4·45 napad drgawek. Wstrzyknięto 0.015 morfiny podskórnie i w uśpieniu chloroformowem dokonano upustu krwi (500 cm^3) oraz założono do wnętrza macicy, celem wywołania czynności porodowej, balon pojemności 200 cm^3. O godz. 6-tej podano 2.00 gr chloralu w lewatywie.

O godz. 8·30 chora urodziła balon, a o godz. 8·50 założono powtórnie balon do macicy, jednak już o pojemności 600 cm^3.

O godz. 9·45 podano podskórnie 0.015 gr morfiny.

O godz. 11·35 napad drgawek, trwający tylko kilka sekund zaledwie, poprzedził urodzenie drugiego balonu.

O gdz. 11·55 ukończono poród przy pomocy niskich kleszczy. Łożysko wygnieciono sposobem Credego. Dość znaczny krwotok z pękniętej szyjki macicy zatrzymano przy pomocy zaszycia brzegu pęknięcia.

Powolny powrót do zdrowia. Matka i dziecko żyją.

Jak więc z powyższego przedstawienia widzimy, w omówionym przypadku zastosowano leczenie wyczekujące w całej pełni z pomyślnym skutkiem. Poród ukończono dopiero w 7 godzin po wybuchu drgawek porodowych.

Dla przejrzystości i łatwiejszej orjentacji zestawiłem poniżej schemat postępowania przy drgawkach porodowych.

Uważam, że da się on w większości przypadków z dobrym skutkiem przeprowadzić.

I. W chwili wybuchu drgawek

A) Założenie trzonka drewnianej łyżki między zęby.
B) Wstrzyknięcie podskórne morfiny w ilości 0.015.
C) Uśpienie chloroformowe i zbadanie chorej.

II. O ile szyja i ujście rozwarte:

a) natychmiastowe rozwiązanie kleszczami lub obrotem ręcznym wydobycie płodu w uśpieniu chloroformowem,
b) usunięcie łożyska.

1. O ile upływ krwi nieznaczny upust krwi 500 ccm.

III. O ile ujścia i szyja zamknięta:

a) założenie balonu do wnętrza macicy w uśpieniu chloroformowem.
b) upust krwi 500 ccm,
c) podawanie morfiny i chloralu według przepisów Stroganoffa,
d) po urodzeniu się balonu zbadanie chorej w uśpieniu chloroformowem.

IV. W razie powtórzenia się ataków po porodzie:

a) podawanie morfiny i chloralu w myśl przepisów Stroganoffa,
b) ewentualnie drugi upust krwi 500 ccm.

V. O ile ujścia i szyja rozwarte:

postępowanie, jak pod II. i IV.

VI. O ile ujścia i szyja jeszcze niezupełnie rozwarte:

a) założenie balonu większego w uśpieniu chloroformowem,
b) podawanie morfiny i chloralu według przepisów Stroganoffa,
c) po urodzeniu się drugiego balonu zbadanie chorej w uśpieniu chloroformowem.

VII. O ile ujścia i szyja rozwarte:

postępować, jak pod II. i IV.

Z tych kilku uwag, które w dzisiejszym wykładzie Panom podałem, widać aż nadto wyraźnie, że leczenie drgawek porodowych nie stoi na wysokości swego zadania. Rzecz to zupełnie zrozumiała. Wypracować bowiem należycie ugruntowany sposób postępowania przy danem schorzeniu można tylko wówczas, gdy się zna przyczyny jego powstawania.

Niestety o drgawkach porodowych tego do dzisiaj powiedzieć nie możemy. Zawsze jeszcze eklampsja jest cierpieniem, którego etjologja jest niejasna, a wszystkie mniej lub więcej trafne tłómaczenia jej powstawania obracają się li tylko w sferze teoryj. Dokąd zaś pozostaną teorjami tylko, nie możemy się łudzić, aby i wyniki lecznicze, oparte jedynie na przypuszczeniach i klinicznem doświadczeniu, a nie na naukowych teoretycznych podstawach, były lepsze, niż dzisiaj przytoczone. Przyszłość więc leczenia drgawek porodowych spoczywa w ręku teoretycznych dociekań. Dopiero wnioski na ich podstawie wysnute, razem, w zestawieniu z klinicznem doświadczeniem, mogą w przyszłości przyczynić się do wypracowania sposobu leczniczego, którego wyższość nad sposobami dzisiaj stosowanemi potwierdzą znowu tylko liczbowe zestawienia odsetek wyleczonych przypadków.

Z praktyki.

Dr. Olgierd KRUKOWSKI. Lwów.

Przebieg błonicy w związku z zastosowaniem intubacji.

(Oddz. Zakł. Państw. szpit. we Lwowie; prym. Dr. W. Arnold).

Według danych fizykatu lwowskiego w r. ubiegłym (1922) było zgłoszonych 64 przypadków błonicy; w tem 41 miejscowych i 23 obcych. Zmarło z pośród tej liczby 14 osób, w tem 9 miejscowych i 5 obcych. Według płci zachorowało: 5 mężczyzn, 7 kobiet i 52 dzieci. W obliczeniu na 100 osób ogółem zmarłych zmarło na błonicę 0,03% wraz z obcymi. W stosunku do ludności miasta na 10000 mieszkańców zmarło 0,63% wraz z obcymi i 0,41% bez obcych. Z ogólnej liczby zachorowań na błonicę w roku ubiegłym leczono na oddziele zakaźnym 49 przypadków, z pośród których 10 skończyło się śmiercią, co daje 20,8%. W stosunku do ogólnej liczby chorych leczonych w ciągu roku na oddziale zakaźnym otrzymujemy: 48 przypadków-błonicy na 1312 wszystkich chorych, czyli 3,7%; 10 zgonów na błonicę na 174 wszystkich zejść śmiertelnych, to znaczy 5,2%.

Ponieważ statystyki niemieckie i francuskie podają, że ilość przypadków błonicy, leczonych w szpitalach nie przewyższa 50% ogólnej liczby przypadków błonicy, więc sądzę, że podobny stosunek możemy przyjąć i dla naszego szpitala i dla danych statystycznych wogóle.

Jeżeli weźmie się statystykę za cały okres od chwili wybuchu wojny światowej, to zauważymy, że ilość przypadków błonicy, leczonych na naszym oddziele zakaźnym, stale się zmniejsza.

Tablica.

Rok	Lwów, Błonica: Zachorow.	Lwów, Błonica: Zmarło	Lwów, Anginy: Zachorow.	Lwów, Anginy: Zmarło	Lwów, Rubryka wspólna: Zachorow.	Lwów, Rubryka wspólna: Zmarło	Warszawa, Błonica: Zachorow.	Warszawa, Błonica: Zmarło
1914	188	38 (20%)	3	—	191	38 (19,4%)		
1915	166	29 (17,4%)	4	—	170	29 (17,7%)	338	110 (46,2%)
1916	165	29 (17,6%)	5	—	170	29 (17,7%)	496	55 (11,0%)
1917	126	14 (11%)	12	—	138	14 (10,1%)	320	69 (21,6%)
1918	84	8 (9,5%)	8	—	92	8 (9,0%)	284	88 (31%)
1919	51	8 (15,7%)	7	—	58	8 (13,4%)	255	63 (24,7%)
1920	69	20 (29%)	17	—	86	20 (22,7%)		
1921	43	12 (28%)	38	—	81	12 (14,8%)		
1922	49	10 (20,8%)	25	—	74	10 (13,6%)		

W roku 1914 leczono na oddziele 188 przypadków błonicy, a w roku 1922 tylko 49. Krzywa zgonów na błonicę nie przedstawia podobnej skłonności do spadku: największa ilość zgonów była w roku 1920, mianowicie 29%; najmniejsza zaś w roku 1918 — tylko 9,5%; w roku ubiegłym wyniosła ona na oddziele zakaźnym 20,8%. To zmniejszanie się błonicy we Lwowie tłumaczą następujące fakty: 1) ogólny zanik infekcji błoniczej; 2) coraz szerzej stosowane prywatne leczenie chorób zakaźnych; 3) badania bakterjologiczne stosowane w ostatnich latach wyłączają znaczną ilość przypadków przysłanych na oddział jako podejrzane o błonicę.

W następstwie tego ilość przypadków rozmaitych angin leczonych na oddziele w ostatnich czasach znacznie się zmniejszyła a jeśli, uwzględniając te okoliczności, złączy się obie rubryki, błonicy i angin, to odsetek śmiertelności w tym okresie ulegnie znacznej redukcji, zdradzając dążenie do spadku.

To zmniejszenie się ilości przypadków błonicy wykazują również statystyki innych miast. Tak, według Nisensona, ilość przypadków błonicy w Warszawie w ciągu 4 lat (1915—1919) spadła prawie do połowy.

Co się tyczy wieku, to na oddział przybywali chorzy od 3 miesięcy do 42 lat włącznie.

W leczeniu oprócz obowiązkowej surowicy stosowaliśmy tracheotomję i intubację. Surowicę używaliśmy firmy pr. Madsena, w dawkach 3000—18000 jednostek, przeważnie jednorazowo w myśl starego orzeczenia dra Janowskiego, że »sama zasada działania surowicy, jako odtrutki, wymaga podania jej odrazu«.

Posurowiczą chorobę postrzegaliśmy w ciągu całego roku tylko dwa razy w postaci miejscowej pokrzywki, występującej w parę dni po wstrzyknięciu surowicy. Dwukrotne stosowanie surowicy żadnych smutnych następstw nigdy nie sprowadzało. W jednym przypadku, u pięcioletniej dziewczynki, w ciągu sześciu miesięcy stosowano trzykrotnie stopniowo zwiększane dawki surowicy. W tym przypadku mieliśmy lekki, miejscowy odczyn. Tracheotomję, mianowicie dolną, wykonano w dwóch przypadkach, które skończyły się następnie śmiercią.

Intubację stosowaliśmy w 34 przypadkach błonicy, co przy ogólnej liczbie 49, w tem 2 tracheotomowanych, przedstawia bardzo wysoki stosunek.

Bezwzględną przyczyną był ciężki stan chorych, zbyt późno zazwyczaj przybywających na oddział, pośrednio zaś unikanie tracheotomji.

Intubacja, jako zabieg znacznie lżejszy, zawsze może zastąpić tracheotomję górną. Tubus nigdy nie wywołuje odleżyn, nawet jeśli stosujemy intubację przez czas dłuższy. W jednym przypadku, u dziesięciomiesięcznego chłopczyka, byłem zmuszony pozostawiać tubus stale przez dwa tygodnie, a przez następne dwa tygodnie zostawiać w ciągu coraz to mniejszej ilości godzin. Obecnie, po upływie kilku miesięcy dziecko jest zupełnie zdrowe. Częste wyrzucanie tubusa jest niemiłe, lecz nie może być wskazówką dla tracheotomji, jak to czytamy w »Pedjatrji Polskiej«, gdzie opisano demonstrowany w Łodzi przez Mendelsową, przypadek »dławca u dziewczynki już czteroletniej, u której po kilkakrotnej intubacji, ponieważ dziecko wykszztuszało rurkę co kilka godzin, dokonano tracheotomji«. Po upływie sześciu tygodni »udało się wyjąć rurkę i rana zabliźniła się szybko«. Przypadek ma być »pouczający, jako pomyślny wynik wczesnej tracheotomji«.

Sądzę, że w danym przypadku intubacja, stosowana stale i systematycznie, skróciłaby przebieg leczenia, ponieważ tubus zapobiega mechanicznie zwężaniu się krtani, które występuje powyżej rurki nawet przy tracheotomji górnej i nieraz może przybierać cechy stałe. Takie zejście błonicy pociąga za sobą konieczność pozostawienia rurki, która jest bramą dla wiecznych i różnorodnych infekcyj.

Znane mi są dwa podobne przypadki: czteroletni chłopczyk w Odesie przybył do szpitala, we dwa lata po tracheotomji, z rurką jako ciężko chory na płuca; w zeszłym zaś roku na nasz oddział zakaźny przybyła ośmioletnia dziewczynka z rurką, po pięciu latach po tracheotomji, również jako chora na płuca. Oba przypadki skończyły się śmiercią.

Co się tyczy ranki po tracheotomji, to również niezawsze zabliźnia się ona pomyślnie. Szczególnie tyczy się to dzieci wiejskich, zbyt wcześnie zabranych do domu. Kilkakrotnie widziałem w Rosji, w ziemskiej praktyce, przypadki, gdy te niewinne ranki u dzieci skrofulicznych przybierały przewlekły i złośliwy charakter.

Dzieci intubowane szybko przyzwyczajają się do tubusu, rozumieją jego konieczność, i zwykle nawet dwuletnim nie-

spełna pacjentom po upływie doby możemy pozostawić nieskrępowane ręce. Takie intubowane dzieci bawią się wesoło i wcale nie sprawiają wrażenia chorych. Nie możemy tego powiedzieć o dzieciach tracheotomowanych.

Systematycznie stosowana intubacja sprowadza do minimum ilość przypadków, wymagających tracheotomji dolnej, i jeśli przy niej następuje zejście śmiertelne, to zwykle z powodu intoksykacji organizmu, niedomogi serca lub powikłań płucnych. Naogół jednak większość szpitali u nas ma zwolenników tracheotomji, mianowicie, o ile udało mi się zebrać dane, przeszło 80%.

Statystyki śmiertelności w szpitalach dla przypadków tracheotomowanych, względnie intubowanych, podają następujące liczby: dla Niemiec 40,0—52,0% w poszczególnych miastach, dla Szwajcarji 32,54%, dla Warszawy 24,7% w roku 1919, na naszym oddziele w zeszłym roku 19,44%. Mianowicie: 2 skony po tracheotomji dolnej i 5 skonów w przypadkach intubowanych. Z pozostałych 3 skonów żaden przedtem nie był intubowany: jeden nastąpił w ambulatorjum; w jednym przypadku mieliśmy do czynienia z powtórną infekcją błoniczną przy silnych objawach niedomogi sercowej, a w jednym u dziecka sybirskiego repatrjanta, zaszedł fakt potrójnej infekcji: błonicą, czerwonką i tyfusem powrotnym.

Na zakończenie zaznaczę, że zakażenie błonicą we Lwowie ma wogóle przebieg cięższy, niż w ziemiach na wschód położonych (Wołyń, Rosja), a w roku ubiegłym przybierała szczególnie złośliwy charakter, i, choć nie miała cech epidemji, to jednak prawie wszystkie przypadki leczone na oddziele zakaźnym dadzą się zaliczyć do liczby bardzo poważnych.

Piśmiennictwo:
1) Pedjatrja Polska T. II. Z. III. str. 63—64. 2) N i t s c h: Szczepionki i surowice. 3) D. N i s e n s o n: Jeszcze słów kilka o chorobach zakaźnych w Warszawie w okresie sześcioletniej wojny. P. Gaz. Lek. 1922. Nr. 7.

Sprawozdania poglądowe.

M. FRANKE. Lwów.

Kilka słów w sprawie mechanizmu powstawania leukopenji trawiennej i o wartości jej dla rozpoznania zaburzenia czynności wątroby.

Dla wytłumaczenia powstania dwu typowych objawów, stanowiących charakterystyczną cechę przez siebie opisanej dodatniej próby wątrobowej po podaniu 200 gr. mleka, tj. leukopenji i spadku ciśnienia krwi, W i d a l ucieka się do przypuszczenia zaburzenia tak zwanej przez niego proteopeksycznej zdolności wątroby. W myśl jego zapatrywań wątroba normalna zatrzymuje peptony i albumozy, powstające w przewodzie pokarmowym przy trawieniu białka i doprowadzane do niej drogą żyły wrotnej. Wątroba zaś funkcjonalnie nieprawidłowa, utraciwszy zdolność proteopeksji, przepuszcza wprost do krwiobiegu ogólnego peptony i albumozy trawienne w stanie niezmienionym, a one wywołują teraz objawy tzw. kryzy hemoklazycznej (leukopenja, spadek ciśnienia itd.), podobnej do tej, którą spostrzegano po parenteralnych wstrzykiwaniach rozczynów peptonu (shok peptonowy). Wystąpienie leukopenji i (rzadziej) spadku ciśnienia po podaniu 200 gr mleka jest więc, według W i d a l a, jednym z dowodów istnienia zaburzenia czynności wątroby; w tym też kierunku zostało ono zużyte klinicznie przez twórcę tej próby i jego zwolenników. W badaniach W i d a l a, opartych częściowo na niezupełnie przekonywujących doświadczeniach na psach, brak jednak pewnych dowodów na istnienie hipotetycznej własności proteopeksycznej wątroby i na przechodzenie ciał peptonowych do krwiobiegu w przypadkach leukopenji trawiennej. W badaniach późniejszych zaczęły się przytem mnożyć przypadki niewątpliwego schorzenia wątroby z ujemną próbą W i d a l a, a z dodatnią tam, gdzie wszelkie inne próby, jak urobilinuria, glycuronuria provocata itd. i badanie kliniczne nie wskazywało zupełnie na jakieśkolwiek zaburzenie czynności wątroby. Wykazano dalej zupełny brak równoległości między leukopenją trawienną a innemi objawami niedomogi wątroby. A u b e r t i n np. u 44 gruźliczych z typowemi cechami zaburzenia czynnościowego wątroby tylko w 22 znalazł leukopenję trawienną, a u 53 bez cech niedomogi wątroby w 17 stwierdził typową leukopenję po spożyciu mleka. Dalej u zupełnie zdrowych osesków jako stały objaw po karmieniu stwierdzano również występowanie leukopenji trawiennej (D o r l e n c o u r t i inni), a dla pogodzenia z zapatrywaniami W i d a l a uważano ją jako wyraz fizjologicznej (?) niesprawności wątroby osesków. Występowanie przejściowej leukopenji, podobnie jak po mleku, spostrzegano i po podaniu wewnętrznem pokarmów niebiałkowych, np. po małych ilościach cukru u djabetyków (L. B a l l i f), po dodaniu do pokarmów 50—60. gr czekolady, cukru lub masła u epileptyków (P a g n i e r i L e o b a r d y), po śniadaniu Ewalda i alkoholu (F i l i ń s k i) itd. Ale także zjawiała się leukopenja trawienna po podaniu tylko natrium bicarbonicum (F e r n a n d e z) i wreszcie po wlaniu do żołądka przez zgłębnik czystej wody lodowej (F i l i ń s k i). F i l i ń s k i przytem w pracy swojej dodaje, że u tego samego osobnika przy podaniu rozmaitych pokarmów im silniejszy bodziec stanowi podana strawa, tem większy jest po niej spadek ciałek białych we krwi.

Z podanych faktów nasuwa się wprost wniosek, że leukopenja trawienna nie może być uważana jako pewny wskaźnik funkcjonalnej niesprawności wątroby i że występowanie jej nie jest zależne tylko od produktów trawiennych białka, więc nie jest wyrazem shoku peptonowego i że wogóle ona może nie jest następstwem działania produktów trawiennych pokarmów; przy powstaniu leukopenji trawiennej muszą mieć rozstrzygające znaczenie inne czynniki, może właśnie pozawątrobowe. Mechanizm powstania stwierdzonej leukopenji trawiennej wymaga więc innego tłumaczenia, niż to, które podaje W i d a l, mimo, że badaniem klinicznem wykazujemy występowanie leukopenji trawiennej często właśnie przy schorzeniach wątroby, co potwierdziliśmy wszyscy. Zaburzenie czynności wątroby nie może być jednak uważane jako *conditio sine qua non* zjawiania się leukopenji trawiennej.

Pewne wyjaśnienie w tej sprawie dać mogą badania, dotyczące powstawania ostrej, przejściowej leukopenji wogóle i to bez związku z trawieniem. Dawno znaną rzeczą było np. występowanie przejściowej leukopenji po drażnieniu termicznem skóry. R i c h e t (syn) opisuje leukopenję po zadziałaniu gorąca na skórę (haemoclasia e calore). M. G i r a u d, G. G i r a u d i L. P a r è s stwierdzają występowanie przejściowej leukopenji po naświetlaniu promieniami Roentgena. T. M ü l l e r opisuje zjawianie się przejściowej leukopenji w krótki czas (20 minut) po śródskórnem wstrzyknięciu małych dawek niedrażniących ciał białkowych (głównie aolanu), a także i rozczynu soli kuchennej, cukru lub wdmuchiwaniu powietrza do skóry. Drażnienie termiczne błony śluzowej np. żołądka, podobnie jak skóry, może wywołać również przejściową leukopenję, jak to wykazał F i l i ń s k i przez wlewanie wody lodowej do żołądka. S a b a t o w s k i stwierdza występowanie leukopenji po zimnych hegarach, a F i l i ń s k i po lewatywach odżywczych.

Badania te wraz z przytoczonemi wyżej spostrzeżeniami nad leukopenją trawienną wykazują, że przez drażnienie rozmaitemi czynnikami i to przyrody cieplnej, chemicznej i promiennej, zwłaszcza ze strony skóry, można łatwo wywołać obraz ostrej i przejściowej leukopenji, a w pewnej, dziś może jeszcze niejasnej, grupie przypadków, może najczęściej przy klinicznie stwierdzonych schorzeniach wątroby, występuje taki sam obraz przejściowej leukopenji w następstwie drażnienia błony śluzowej całego przewodu pokarmowego, od wpustu żołądka począwszy, i to czynnikami natury chemicznej, jak i termicznej.

Już te dane wskazują na pewne znaczenie układu nerwowego przy powstawaniu leukopenji w tych razach, bo tylko tą drogą da się wyszukać wspólną przyczynę dla jednakowego efektu, wywoływanego raz przez drażnienie skóry, drugi raz błony śluzowej. Na znaczenie układu nerwowego i to mimowolnego, więc całego vago-sympathicus, przy powstawaniu leukopenji trawiennej zwrócili już dawno uwagę pierwsi S a n t e n o i s e i T i n e l, potem między innymi

wspólnie z Garrelom i Pagnez i spadek liczby ciałek białych przy leukopenji i stopień jego nasilenia uzależnili od stanu pobudliwości vago-sympathicus. Claude, Santenoise i Schiff u osobników z prawidłową wątrobą mogli wywołać typową leukopenję trawienną w przypadkach, w których odruch oczno-sercowy był bardzo silny, na dowód zwiększonego napięcia układu vago-sympathicus; leukocytozę trawienną stwierdzali zaś tam, gdzie odruch oczno-sercowy był odwrócony. Podnoszą oni, że hemoklazja trawienna jest w ścisłej zależności od stanu vago-sympathicus, tak że ona może być użyta jako wskaźnik wątroby i układu vago-sympathicus. Galus u astmatyków w 77% wykazał występowanie leukopenji trawiennej i powstawanie jej wiąże ze stanem zwiększonego napięcia nerwu błędnego. Tinel i Santenoise u osobników, u których przedtem była wyraźna leukopenja trawienna, pierwsi wykazali brak występowania jej, jeżeli na parę dni przed badaniem choremu podawali np. atropinę. Filiński u osobników, u których nie można było wywołać leukopenji trawiennej, w 5 minut po jednorazowem wstrzyknięciu podskórnem 0,001 gr, atropiny, mógł wywołać typową leukopenję trawienną, a także w przypadkach z wagotonją bez danych na cierpienie wątroby, stwierdził występowanie leucopenia digestiva. Arloing i Langeron podnoszą również ważną rolę układu nerwowego mimowolnego przy powstawaniu nagłej przejściowej leukopenji i uważają ją jako wynik zaburzenia równowagi vago-sympathicus. Do podobnych wyników doszli też Glaser i Th. Müller.

Z powyższych badań wynika jasno, że zjawianie się ostrej, przejściowej leukopenji jest w ścisłej zależności od stanu układu nerwowego i to mimowolnego i jest wyrazem jakiegoś zaburzenia (równowagi) w tym układzie, z przewagą napięcia nerwu błędnego; a powstać ona może pod wpływem jakiejkolwiek podniety, działającej drażniąco przedewszystkiem na błonę śluzową i skórę. Tę postać ostrej przejściowej leukopenji należy nazwać właściwie *leukopenia vago-sympathica* lub *hypervagotonica*, a leukopenja trawienna *(digestiva)* Widala jest tylko jedną z jej odmian. Przy powstaniu leukopenji trawiennej rozstrzygającym więc jest z jednej strony stan układu vago-sympatycznego, a nie wątroby, a z drugiej nasilenie podniety, a nie jej rodzaj.

Leukopenja trawienna wystąpi więc w przypadkach, w których istnieje stan nieprawidłowej równowagi układu vago-sympatycznego i to z przewagą napięcia nerwu błędnego (hypervagotonia), jak to ostatnio znowu podnoszą Garrelon, Santenoise i Tinel, dalej Filiński, Glaser i inni, i gdy na błonę śluzową żołądka zadziała dostatecznie silna podnieta wprowadzona per os.

Jak jednak wytłumaczyć fakt, klinicznie niewątpliwie stwierdzony, częstego stwierdzania leukopenji trawiennej przy schorzeniach wątroby? Należy tu przedewszystkiem szukać za źródłem nieprawidłowego stanu równowagi układu vago-sympatycznego, jako podstawy występowania leukopenji. W pewnej, ale niewielkiej grupie przypadków moglibyśmy przyjąć działanie hypervagotoniczne kwasów żółciowych, jak to przyjmuje Filiński. Nie wolno nam jednak uogólniać tego przypuszczenia, bo, jak wiemy, leukopenja trawienna występuje może właśnie częściej w przypadkach schorzeń wątroby bez równoczesnej żółtaczki. Przytoczę choćby wyniki badania Sömjena, który dodatnią próbę Widala znalazł w 70 przypadkach schorzeń wątroby i to właśnie z wyjątkiem przypadków żółtaczki nieżytowej, w których z pewnością było zatrzymanie kwasów żółciowych, leukopenja trawienna mimoto nie dała się wykazać. Bardzo pociągające byłoby hypotetyczne przypuszczenie Widala, tłumaczące powstawanie leukopenji trawiennej. Nie da się wprawdzie zaprzeczyć, że wątroba prawidłowa może przepuszczać w stanie niezmienionym pewne produkty trawienne pokarmów, zwłaszcza białkowych, na dowód czego może nam posłużyć fakt występowania objawów anafilaktycznych u pewnych osobników uczulonych po spożyciu np. jaj, poziomek, raków i t. d., ale nie mamy pewnych podstaw do przyjęcia zaburzeń hypotetycznej zdolności proteopeksycznej (Widal) schorzałej wątroby. Trudno byłoby też przyjąć, że źródłem hypervagotonji w przypadkach schorzenia wątroby jest nieprawidłowe przedostawanie się do krwiobiegu peptonów trawiennych. Może do pewnego wyjaśnienia doprowadziłby nas fakt występowania najwybitniejszej próby trawiennej Widala przy pewnych schorzeniach zakaźnych i to przy płonicy, bez względu na to, czy była ona powikłana żółtaczką czy też nie, i czy w tych przypadkach można było stwierdzić w moczu urobilinę lub urobilinogen. Friedmann podaje nawet, że próba wątrobowa Widala jest bardziej czuła dla płonicy, niż wykazywanie urobilinogenu w moczu. Tu wykluczyć możemy z pewnością działanie kwasów żółciowych. Spostrzeżenia te nasuwają przypuszczenie, że źródłem hypervagotonji w pewnych schorzeniach wątroby mogą być nieprawidłowe produkty przemiany materji schorzałej komórki wątrobowej lub składniki powstałe z rozpadu jej pierwoszczy. Za tem przypuszczeniem przemawiałyby także spostrzeżenia Craicianu i Poppera, którzy dodatnią próbę wątrobową Widala stwierdzili u 33% ciężarnych, i Didiera i Philipea, którzy uzyskali ten sam wynik nawet u 45% ciężarnych od szóstego miesiąca ciąży począwszy. Tu jednak, prócz w zmianach wątrobowych, przyczyny hypervagotonji możnaby szukać w zatruciu ciążowem pochodzenia niewątrobowego (płodowego). W każdym razie produkty nieprawidłowej przemiany materji komórki wątrobowej lub chorobowego rozpadu jej pierwoszczy w pewnej liczbie przypadków mogłyby być źródłem nieprawidłowej równowagi układu vago-sympatycznego.

Pozostawałoby jeszcze przypuszczenie, że przyczyny hypervagotonji należałoby szukać w procesach, toczących się w samym przewodzie pokarmowym, który, jak wiemy, jest najczęściej pierwotnem źródłem przeważnej części schorzeń wątroby. Pierwotnie tocząca się lub przebyta sprawa chorobowa żołądka czy też jelit, pozostawiając po sobie stan nieprawidłowej równowagi układu vago-sympatycznego z przewagą napięcia nerwu błędnego, dawałaby podstawę do powstania leukopenji trawiennej. Schorzenie wątroby byłoby tu tylko objawem towarzyszącym, a nie istotną przyczyną dodatniej próby Widala. Za tem tłumaczeniem powstania leukopenji trawiennej przy schorzeniach wątroby przemawiałyby spostrzeżenia, wykazujące zjawianie się jej po podaniu per os pokarmów niebiałkowych, a nawet wody lodowej lub natrium bicarbonicum i zależność stopnia spadku liczby ciałek białych od siły bodźczej danej strawy.

Jak z tych rozpatrywań widzimy, mechanizm powstania leukopenji trawiennej przedstawia się nam dziś w innem świetle, niż to przypuszczał Widal. Nie mamy danych na to, że zatrucie ciałami peptonowemi jest przyczyną leukopenji trawiennej, lecz źródła jej szukać będziemy w stanie zaburzonej równowagi układu vago-sympatycznego i to z przewagą napięcia nerwu błędnego (hypervagotonji). Czynnikiem wywołującym leukopenję w tych razach, wbrew twierdzeniom Widala, może być każda podnieta dostatecznie silna, a działająca na błonę śluzową żołądka, niekoniecznie mleko lub inny pokarm białkowy, choć on, jak wiadomo, stanowi bodziec dostatecznie silnie drażniący. Wystąpienie leukopenji po wprowadzeniu do żołądka czy to mleka czy to innego bodźca, nie może być uważane jako istotny dowód zaburzenia czynności wątroby, choć przy schorzeniach jej spotyka się ją często. Leukopenja tzw. trawienna jest więc właściwie tylko wskaźnikiem istnienia hypervagotonji u badanego osobnika, a za źródłem jej należy dopiero dokładnie poszukiwać na podstawie dalszych badań klinicznych.

Oceny i sprawozdania.

Richard Traugott. **Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung.** Stron 115. Nakład: Curt Kabitzsch Lipsk 1923.

Autor rozpatruje kolejno przyczyny nerwowej bezsenności w wieku młodzieńczym, dojrzałym i starczym i główny nacisk kładzie na przemęczenie pracą umysłową i na niehigjeniczne warunki życia, które są najczęstszą i najistotniejszą przyczyną nerwowej bezsenności. Druga część książki poświęcona jest leczeniu nerwowej bezsenności; obejmuje ona cztery rozdziały, omawiające leczenie higjeniczno-djetetyczne, klimatyczne i fizykalne, psychoterapję i wreszcie le-

czenie środkami farmakologicznemi. Ten ostatni sposób leczenia ujęty jest bardzo szczegółowo, gdyż autor kolejno omawia wszystkie najważniejsze środki nasenne — (chemizm, działanie farmakologiczne, dawkowanie). Książka jasno i treściwie napisana, zawiera szereg cennych rad praktycznych opartych na własnem doświadczeniu. *Artwiński* (Kraków).

Prof. Reinjiro Kaneko: **O anatomji patologicznej krętkowicy żółtaczkowo krwotocznej** (*spirochaetosis icterohaemorrhagica Inada)* **czyli choroby Weila.** Wiedeń-Lipsk-Monachium 1922 (Rikola-Verlag). Stron 181, z 2 tablic. mikrofotograficznemi i 8 kolorowemi.

Kaneko był pierwszym, który po wykryciu krętka choroby Weila (przez Inada i Ido wr. 1915) ogłosił wynik badania pośmiertnego 12 przypadków, rozpoznanych za życia na podstawie stwierdzenia swoistego zarazka, jako niewątpliwie ta właśnie choroba, a nie żadna inna postać żółtaczki. Wprawdzie potem kilkunastu autorów ogłosiło badania anatomo-patologiczne tej choroby, jednakże każdy z nich badał najwyżej po kilka jej przypadków. Tymczasem Kaneko zdołał w ciągu dalszym doprowadzić liczbę swoich spostrzeżeń do 42. Na zasadzie zbadania ich z dokładnością iście.... japońską i porównania z pracami innych badaczy opracował niniejszą monografję.

Główne zmiany anatomiczne były w przypadkach Kaneko następujące: 1. Ciężka ogólna żółtaczka, zazwyczaj znaczniejsza, niż w jakiejkolwiek innej z żółtaczką połączonej chorobie zakaźnej. Żółtaczkę tę spotykał we wszystkich przypadkach śmiertelnych; w przypadkach pomyślnie się kończących niekiedy wcale jednak niema żółtaczki. 2. Wybroczyny (per diapedesin) również tak liczne i znaczne, jak w mało której chorobie zakaźnej. W skórze, błonach śluzowych i surowiczych bywają tak rozległe podbiegnięcia krwawe, że możnaby je nieraz uznać wprost za przyczynę śmierci. 3. Ciężkie ostre zapalenie nerek, przedewszystkiem w postaci cewkowej (nephritis tubularis); kłębuszki prawie nigdy nie są zajęte; sprawy wysiękowe grają przytem małą rolę. 4. Przepełnienie i rozszerzenie przewodów żółciowych w środkowej części zrazików wątrobnych (mikroskopowo), często z dyssocjacją i rozpadem komórek wątrobnych; brak żółci w głównych przewodach i w jelitach. Nie stwierdza się przytem nigdy żadnej mechanicznej przeszkody dla odpływu żółci w głównych przewodach żółciowych. 5. Zwyrodnienie szkliste (często wiodące do rozpadu włókien), nacieki komórkowe i wybroczyny w mięśniach dowolnego ruchu, zwłaszcza w mięśniach łydek. Zwyrodnienie i rozpad komórek zwojowych oraz bujanie komórek glejowych w układzie nerwowym ośrodkowym. 6. Pochłanianie przez makrofagi i rozpad mnóstwa krwinek czerwonych w zatokach gruczołów chłonnych, miąższu śledziony i naczyniach włosowatych wątroby. 7. Rozszerzenie zwłaszcza prawej komory serca i ogniskowe zwyrodnienie w mięśniu. sercowym, podobnie jak w mięśniach szkieletowych. 8. Nieznaczny obrzęk niektórych grup gruczołów chłonnych o charakterze obrzęku zapalnego, przyczem w gruczołach stwierdza się obficie krętki. 9. Zapalenie nieżytowe jelit i pęcherzyka żółciowego (z wybroczynkami). 10. W niektórych przypadkach zwyrodnienie, a poczęści nawet zmiany zapalne w wątrobie, śliniankach, trzustce, nadnerczach i t. d. Dosyć często spotyka się zakażenie dodatkowe ropne (około 16%).

W rozpoznaniu anatomicznem, które według Kaneko jest prawie w każdym przypadku możliwe, najważniejsze są następujące dane: obecność żółtaczki, wybroczyn, ostrego zapalenia nerek, zwyrodnienia mięśni; brak typowego obrzęku śledziony; brak większych ognisk martwiczych i ropni w narządach (z wyjątkiem tych przypadków, w których było zakażenie dodatkowe); ogniskowe nacieki komórkowe, prawie stale pojawiające się w różnych narządach, złożone z limfocytów; prawie zupełny brak stłuszczeń w narządach miąższowych; brak przeszkody mechanicznej dla odpływu żółci obok rozszerzenia przewodów żółciowych śródzrazikowych i braku żółci w jelitach; często bardzo znaczna erytrofagocytoza i rozpad krwinek czerwonych w śledzionie, wątrobie i gruczołach chłonnych.

Za przyczynę zmian w wątrobie, wywołujących żółtaczkę, uważa Kaneko toksyczne działanie swoistych krętków.

Porównując wyniki swoich badań z badaniami innych autorów, stwierdza Kaneko, że w głównych punktach są one zgodne. Jedynie nie opisywano w przypadkach, badanych w Europie, tak często i tak znacznego »zastoju żółci« (rozszerzenia najdrobniejszych przewodów śródzrazikowych), jak to widywał Kaneko w Japonji. Kaneko tłómaczy to tem, że przypadki europejskie kończyły się śmiercią w znacznie wcześniejszym okresie, niż przypadki przez niego badane. *Ciechanowski* (Kraków).

Prof. Dr. Hans Rubritius. **Die klinische Bedeutung der Hämaturie.** Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der Medizin. 1923. Nakładem: Rikola-Wiedeń.

We formie klinicznego wykładu omawia autor objaw krwiomoczu, dzieląc swoją pracę na dwie części; w części pierwszej omawia rzecz ze stanowiska ogólnego i podaje sposoby badania, potrzebne dla rozpoznania i oznaczenia siedziby choroby powodującej krwiomocz; w części drugiej przechodzi całą niemal patologję narządu moczowego i zastanawia się szczegółowo nad każdą chorobą, mogącą spowodować przymieszkę krwi do moczu. Objaw krwiomoczu wywiera zawsze na chorym duże wrażenie, a lekarz powinien jak najprędzej znaleźć przyczynę krwawienia i przedewszystkiem uspokoić chorego. Już dokładny wywiad wiele może wyjaśnić; dziedziczność w kierunku krwawiączki i gruźlicy, przebyte choroby zakaźne, doznane urazy, porody, zatrucia kantarydami, alkoholem, terpentyną, fosforem, arszenikiem, wreszcie przeziębienia. Badając kobietę należy pamiętać, że domieszka krwi w moczu może pochodzić z narządu rodnego. Ważną jest rzeczą uwzględnić, czy krwawe zabarwienie moczu występuje na początku czy też na końcu moczenia lub czy też mocz w całości i jednolicie jest krwawo zabarwiony. Krwiomocz występuje w różnym stopniu, od mikroskopowo widzialnej domieszki krwi do zupełnie krwawego zabarwienia moczu z domieszką skrzepów, które czasami mogą całkowicie pęcherz wypełniać. Hemoglobinomocz może wywołać złudzenie krwiomoczu. Krwiomocz, jako taki, może powodować dolegliwości, jeżeli pęcherz jest całkowicie wypełniony skrzepami, albo gdy duże skrzepy przechodzą przez moczowód lub cewkę moczową.

Jeżeli się uwzględni wywiady, sposób, w jaki występuje krwawienie, wygląd moczu i stopień krwiomoczu, można już w przybliżeniu określić przyczynę krwawienia, dokładne jednak rozpoznanie przyczyny i siedziby sprawy chorobowej, powodującej krwiomocz, umożliwia tylko dokładne badanie fizykalne. Już oglądanie i obmacanie może ogólnie poinformować o siedlisku i przyrodzie choroby; nieco więcej uzyskać można przez badanie zgłębnikiem metalowym; najważniejszemi metodami badania są uretroskopja i cystoskopja, lecz jakkolwiek doskonałe, mają jak każda metoda kliniczna swoje granice; cystoskopję należy często łączyć z cewnikowaniem moczowodów. Doskonałe usługi oddaje przy badaniu narządu moczowego aparat Roentgena z równoczesnem użyciem środków kontrastowych.

W części drugiej przechodzi autor po kolei wszystkie odcinki dróg moczowych, a więc cewkę, pęcherz moczowy, miedniczki nerkowe i nerki i omawia wszystkie stany patologiczne, które mogą powodować krwawe moczenie, a więc urazy tępe, rany kłute, cięte i postrzałowe, zapalenia, kamienie, gruźlicę, kiłę, nowotwory dobrotliwe i złośliwe, torbiele, przerost gruczołu krokowego, owrzodzenia nie na tle swoistem w pęcherzu, ciała obce, żylaki. Nie wyczerpuje jednak wszystkich chorób, powodujących krwiomocz, nie wspomina n. p. o znanych krwawieniach po zapaleniu wyrostka robaczkowego, dalej przy bąblowcu nerki lub innych pasorzytach, jak filaria sauguinis. Mimo tego wykład jest ścisły i jasny, dydaktycznie dobrze pomyślany i ułożony a lekarz-praktyk z pożytkiem go przeczyta. *Pisarski* (Kraków).

Wachtel Curt. **Laienärzte und Schulmedizin.** Ihre hauptsächlichen und sozialen Beziehungen im Lichte der zeitgenössischen Medizin und Philosophie. Leipzig. Kabitzsch 1923 str. 130.

Obok medycyny, wykładanej na wydziałach lekarskich, czyli tzw. medycyny szkolnej, albo lepiej medycyny magi-

stralnej (żeby nie plątać z higjeną szkolną), istnieją jeszcze wśród szerokiego ogółu różnorodne teorje i systemy lekarskie, które stoją nieraz bardzo daleko od medycyny magistralnej, zwalczają ją często, ale czasem — i pouczają. Medycyna magistralna naprzód zakwalifikowała Priessnitzowskie leczenie wodą, jako partactwo. Ale potem skorzystała z tych pomysłów, przetrawiła je i w zmienionej nieco postaci przyswoiła. Pomimo to medycyna magistralna nic nie chce wiedzieć o sektach lekarskich, które istnieją liczniej i dochodzą do głosu częściej, niż się to pospolicie wydaje. Ileż to razy chory waha się i odbywa przechadzki między poczekalnią lekarza sekciarza, a poczekalnią doktora medycyny uniwersyteckiej!

Autor zebrał w jedną całość wiadomości o różnych sektach lekarskich, istniejących w rozmaitych krajach, i napisał rzecz na użytek lekarzy, którzy powinni znać swoich wrogów, jeśli chcą z nimi walczyć, a także na użytek prawników, którzy w rozprawach o partactwo nie mieli dotąd możności zorjentowania się w materjale, czasem trudno dostępnym. Autor omawia kolejno rozmaite systemy i metody, poświęcając każdej tyle uwagi, ile trzeba, żeby rzecz przedstawić historycznie i oświetlić wyczerpująco na podstawie pism samych sekciarzy. Czytamy więc o metodzie przyrodoleczniczej, o homeopatji, o izopatji (która powiada *«aequalia aequalitus curantur«*, np. na ból zęba pomaga wyskrobana zawartość bolącego zęba), o metodach leczniczych biochemicznych, o rademacheryzmie, o baunscheidtyzmie, o elektrohomeopatji, o hipnotyzmie, o heliodapatji (kierunku stworzonym w r. 1904 przez Hutera, malarza-portrecistę, który wszystko sprowadza do energji, zwanej »helioda«), o leczeniu lustrami, wreszcie, o metodzie leczniczej o brzmieniu persko-indyjskiem »mazdaznan«, łatwo imponującem choremu. Towarzystwo »Mazdaznan« ma posiadać liczne loże w Niemczech, między innemi w Wrocławiu i Sopotach, skąd zapewne zacznie promieniować i na Polskę. W nauce tej mamy mixtum compositum z buddyzmu, zendavesty i metapsychiki, dowiadujemy się o 12-tu zmysłach (w tej liczbie intuicja, telepatja, jasnowidzenie) itp.

Wśród twórców i wyznawców sekt znajdujemy czasem ludzi ciemnych, czasem histeryczki, przeważnie osoby z inteligencji, malarzy, obywateli ziemskich, nierzadko jednak także osoby, posiadające lekarskie dyplomy. O tych doktorach medycyny zapewne powiedzieć należy, że byli zbyt łatwo egzaminowani przez swoich profesorów i że się nie uczyli historji medycyny, wskutek czego pierwsza lepsza książka sekciarska, pełna fanatyzmu, mogła podziałać na nich, jak rewelacja.

Autor w sposób bardzo zręczny, prawdziwie ujmujący, apeluje nieraz, wprost lub między wierszami, do medycyny, żeby nie ubierała się w togę nieprzystępności magistralnej i żeby miała zawsze oczy otwarte na to, co mówi o niej ogół, partacze i sekciarze, którzy potrafią doskonale chwytać jej słabe strony.

Trudno przesądzać, czy z tych sekt, z jakiegoś »mazdaznanu« spłynie kiedyś jaki sok ożywczy na medycynę podobnie, jak to było z Priessnitzem, niewątpliwie jednak warto książkę przeczytać. Medycyna magistralna pozna swoje słabe strony, a sekty zobaczą swoje rodowody, oświetlone historycznie i filozoficznie. *Szumowski* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

La Presse médicale.

Nr. 12. 1923.

A. Carrié i J. Keller. **Rozpoznawanie wrzodów dwunastnicy za pomocą szeregu zdjęć rentgenowskich.** Wobec tego, że na oddzielnych zdjęciach rentgenowskich można przeoczyć pewne cechy chorobowe dwunastnicy, autorzy proponują zastosowanie całego szeregu zdjęć migawkowych, dokonywanych w ciągu 10—15 minut w liczbie 15 do 20, na których uwidocznić się może to, co na pojedynczej kliszy mogłoby być nie rozpoznane. Jest to metoda pewna, która może oddać duże usługi i w rozpoznaniu kamicy żółciowej, wykazując na niektórych kliszach złogi, niewidoczne na innych. Tylko większa liczba zdjęć pozwala uniknąć dwojakiego rodzaju błędów: 1) przeoczyć zmiany widoczne tylko na pewnych filmach i 2) przyjąć za zmianę stałą to, co jest zmianą przejściową, wynikłą np. wskutek skurczu. Autorzy robią zdjęcia w pozycji leżącej. Normalna opuszka dwunastnicy daje obraz trójkąta o nieco zaokrąglonych brzegach. Za podstawę tego trójkąta służy odźwiernik. Zmiany kształtu opuszki zależeć mogą od trzech czynników, działających bądź to oddzielnie bądź też wspólnie: 1) od schorzenia śluzówki i ścian, 2) schorzenia tkanek otaczających dwunastnicę i wreszcie 3) od skurczów.

Zmiany te przybierają postać trzech zasadniczych obrazów: wypuklenie (la niche), wgłębienie (l'incisure) i skurczenie opuszki (rétraction).

Wypuklenie zależy od tego, że płyn kontrastujący wypełnia owrzodzenie i daje na zdjęciu wystające poza kontury dwunastnicy zaciemnienie o brzegach nierównych i kątach ostrych, niezaokrąglonych. Wgłębienia, zależne od skurczu z obu stron owrzodzenia, uwydatniają to wypuklenie jeszcze więcej. Wskutek tego skurczu na stronie przeciwległej od owrzodzenia tworzy się również wypuklenie, które różni się od wypuklenia organicznego dzięki swym konturom wyraźnym i zaokrąglonym.

Wgłębienie organiczne przedstawia się jako biała plama o brzegach nieprawidłowych i kańczastych, czem odróżnia się od wgłębienia skurczowego; to ostatnie jest głębsze, o brzegach wyraźniejszych i zaokrąglonych. Skurczenia opuszki dają obrazy niezmiernie różnorodne: w postaci korala, szyszki, krzyża maltańskiego, sznura wężykowatego itp. Obraz taki zależy od niezupełnego wypełnienia opuszki płynem kontrastującym. Odczytywanie wyników radjograficznych wymaga wielkiej sprawności. Jako metoda, uzupełniająca badanie kliniczne, przedstawia wielką wartość.

Nr. 13. 1923.

P. Degrais. **Pożytek i sposób użycia promieni β radu (β-terapja).** Rad bezpośrednio i wskutek emanacji daje 3 rodzaje promieni: α, β i γ. Promienie α, utworzone przez cząsteczki materjalne naładowane dodatnio, zatrzymuje nawet papier, tembardziej zatem ściany rurek, zawierających sole radu; wobec tego w celach leczniczych nie mogą być używane. Promienie β naładowane ujemnie są najważniejszemi promieniami radu, gdyż wywołują powstawanie promieni γ, zależnych od drgań eteru. Promienie γ, jak również i β, zależnie od stopnia przenikania, dzielą się na promienie miękkie i twarde. Rad daje 92% promieni α, 3,2% β, 4,8% γ. Niestety promienie α znajdujące się w przeważającej liczbie, nie mogą być spożytkowane. Promienie β nie były dotąd prawie używane w leczeniu ze względu na ich szkodliwość. Jest to błędne mniemanie. Ostrożne leczenie promieniami β jest najzupełniej możliwe; winne być one dawkowane stopniowo, co zależy od grubości filtru, gdyż zauważono, że, o ile grubość jego prawie nie wpływa na przepuszczalność promieni γ, o tyle znaczne jest działanie jego zatrzymujące na promienie β tak, że np. przez ołowiany filtr grubości $^1/_{10}$ mm przechodzi tylko 40,7% twardych promieni β, przy grubości $^2/_{10}$ mm — 16,5%; $^3/_{10}$ mm — 6,7%, 1 mm — 0,01%; natomiast przy grubości filtru 2 mm, który nie przepuszcza zupełnie promieni β, przechodzi 90,49% promieni γ. Promienie β, wskutek słabych własności przenikania, działają jedynie na powierzchnię tkanek. Zależnie od ilości użytego radu, od obecności lub braku filtru i trwania naświetlania, promienie β mogą nie wywołać żadnego odczynu powłok. Zdarza się jednak, że radjolog rozmyślnie stwarza odczyn zapalny powłok w celach leczniczych: mamy wtedy radowe zapalenie skóry lecznicze. Należy odróżniać zapalenia tego rodzaju od zapaleń skóry przypadkowych wskutek wadliwego leczenia. Robert Abbe zapomocą specjalnego przyrządu zmieniał kierunek drogi promieni β, podczas gdy promienie γ nie odchylały się od pierwotnego kierunku. W ten sposób mógł spostrzegać działanie odosobnionych promieni β. Prace doświadczalne jego, Carrela i Packarda wykazały, że promienie te działają hamująco na rozwój komórek. Spostrzeżenia kliniczne dowiodły, że promienie β zmniejszają przekrwienie tkanek, uśmie

rzają bóle, zmieniają budowę komórek i nawet niszczą je. Autor radzi leczyć promieniami β przypadki pryszczycy, ropnego zapalenia skóry, swędzenia, zapalenia nerwów, nerwobóle przewlekły liszaj pos-polity, brodawczaki, brodawki, naczyniaki, znamiona barwikowe, przypadki wilka i nabłoniaków. Autor używał aparatu, zawierającego mgr radu na 1 cm powierzchni: czas naświetlania wahał się od 10 minut do 6—8 godzin. Aparat zawierający rad, otaczał bądź cienką warstwą miękkiego kauczuku lub też stosososwał filtr ołowiany grubości od $^{1}{}_{100}$ do $^{3}/_{10}$ mm.

Nr. 13. 1923.

M. Favieau i F. Querrioux. **Ciąża a usunięcie nerki wskutek gruźlicy.** Po usunięciu nerki wskutek gruźlicy, druga nerka wystarcza w zupełności, o ile jest zdrową, aby wykonać pracę, która należała do obydwóch. Zastępuje zupełnie i drugą nerkę w przypadkach zatruć, zakażeń i w przebiegu ciąży. Ciąża, poród i okres popołogowy przechodzą zazwyczaj prawidłowo. Przerwanie ciąży należy stosować w przypadkach poważnych powikłań. Karmienie piersią nie jest bynajmniej przeciwwskazane. Można w ostateczności uciec się do pokarmu mieszanego. Rokowanie jest dobre zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Gruźlica nerki jednostronna, rozpoznana w przebiegu ciąży, podlega natychmiastowemu zabiegowi, albowiem nerka zdrowa zapewnia prawidłową czynność lepiej, o ile jest sama. Zasadniczo należy zezwolić na małżeństwo i potomstwo tylko wówczas, gdy druga nerka jest zupełnie zdrowa, co może być stwierdzone zapomocą częstych i bardzo ścisłych rozbiorów moczu i zaszczepienia tego ostatniego morskiej śwince.

Nr. 14. 1923.

R. Noel. **O udziale komórki wątrobowej w wytwarzaniu i odkładaniu albuminoidów.** Autor stwierdza, że zwierzę normalne (biała mysz), poddane zwykłemu odżywianiu, wykazuje pewne zmiany w mitochondrium komórki wątrobowej. Zjawiają się w niej mianowicie ciałka zaokrąglone, względnie duże, barwiące się hematoksyliną, kwaśną fuksyna i krystalicznym fioletem. Są to albuminoidy, które autor nazywa proteoplastami. O ile zwierzęta karmione są wyłącznie tłuszczem lub cukrem trzcinowym, w komórce wątrobowej tworzą się złogi tłuszczu względnie glikogenu. Ponadto znajdujemy jednak zawsze w tych przypadkach i proteoplasty w mniej lub większej ilości: są więc one zatem od pokarmów względnie niezależne. W komórkach wątrobowych zwierząt, karmionych wyłącznie białkiem jajka, proteoplasty znajdują się w wielkiej ilości; odczyn Millona jest dodatni. Związek ścisły między proteoplastami i siecią mitochondrium jest na preparatach zupełnie wyraźny — istnieje bowiem cały szereg form przejściowych.

Nr. 18. 1923.

G. Jeanneney i J. Tanzin. **Zmniejszenie ciśnienia tętniczego w zastosowaniu klinicznem u chorych chirurgicznych.** Autorzy podnoszą wielkie znaczenie dokładnego badania ciśnienia u chorych, którzy mają być poddani zabiegowi operacyjnemu. Zwracają uwagę na niezbędność dokładnego ustalenia różnicy między ciśnieniem maksymalnem i minimalnem, oraz na stosunek, istniejący między stanem ogólnym chorego, a wysokością jego ciśnienia. Nagły krwotok, np. u chorych na zapalenie nerek, wywołuje obniżenie ciśnienia, zamaskowane do pewnego stopnia uprzednio wzmożonem ciśnieniem wskutek pierwotnego zasadniczego schorzenia. Obniżenie ciśnienia będzie w danym przypadku zjawiskiem wtórnem. Zapalenie nerek, występujące w przebiegu nowotworów złośliwych, wywoła wtórnie wzmożenie ciśnienia, maskując pierwotne jego obniżenie. Różnica między ciśnieniem maksymalnem i minimalnem winna być też ściśle kontrolowana; o ile parcie tętna jest małe, np. 20 lub 15 mm Hg, jest to bezwzględnym objawem wybitnego osłabienia mięśnia sercowego i przeciwwskazaniem do zabiegu, który w podobnych przypadkach da fatalne wyniki.

Nr. 23. 1923.

J. A. Sicard. **Akathisia i tasikinesia.** Miano akathisji, wprowadzone przez Haskovec'a z Pragi w 1901 r., oznacza trudność lub obawę siadania lub też pozostawania w położeniu siedzącem. Autor ten przypisuje pochodzenie tego zespołu histerji lub neurastenji. Tasikinesia natomiast jest to skłonność do poruszania się, chodzenia i, co za tem idzie, pośrednio tylko powoduje niemożność siedzenia. Autor artykułu sądzi, że miano to można zwłaszcza zastosować do potrzeby poruszania się, którą spotyka się u szeregu chorych w przebiegu chorób umysłowych, jako to: w pobudzeniu obłędnem, otępieniu przedwczesnem, w padaczce i często w zapaleniu mózgu epidemicznem, w okresie wstępnym lub podczas parkinsonizmu.

I. Akathisia może zależeć od różnych przyczyn: od neuralgji, umiejscowionej w miednicy, kości ogonowej, biodrze. Zdarza się jednak też w przebiegu neuralgji barkowej, międzyżebrowej, karku. Odmiany te akathisji wskutek bólu bezpośredniego lub też na pewnej odległości nie były opisane jednak przez Haskovec'a. Zespół opisany przez tego neurologa jest raczej akathisją-tikiem. W oświetleniu obecnem dwa przypadki tego autora można uważać za pozostałości po zapaleniu mózgu nagminnem, nieznanem wówczas jako jednostka chorobowa. Dowód tego stanowią drgawki, skurcze kloniczne przepony brzusznej i krtani, skrzywienie ust, spostrzegane u tych chorych. Poza akathisją wskutek bólowych zmian czucia i wskutek klonicznych zmian ruchowych, typu Haskovec'a, istnieje akathisja zależna od zmian psychicznych, na tle psychastenji, jako objaw fobji. Daje się spostrzegać, że melancholicy, chorzy w przebiegu otępienia przedwczesnego zachowują w ciągu dłuższego czasu postawę stojącą i wstają natychmiast automatycznie, kiedy zmusić ich do zajęcia pozycji siedzącej.

II. Tasikinesja. Zespołu tego, charakteryzującego się zwiększoną ruchliwością i zwłaszcza skłonnością do chodzenia, nie można utożsamiać z akathisją. Pochodzenie jego nie jest wywołane obawą zjawienia się bólów, ani skutkiem myoklonji lub też fobji. Pewne przypadki Basedowa, pobudzenia maniakalnego, padaczki, zwyrodnienia mogą być również rozpatrywane z punktu widzenia tasikinesji. Najbardziej wyraźny jej obraz kliniczny spotykamy w pewnych odmianach rozwojowych zapalenia mózgu nagminnego, najczęściej w okresie początkowym, kiedy nie może być mowy o parkinsonizmie. Pewne postacie poronne zapalenia mózgu nagminnego mogą występować pod postacią tasikinezji przejściowej, po której dopiero występują i trwają miesiącami drgawki mięśniowe (myoklonja). Tasikinezji, występującej w postaciach przewlekłych nagminnego zapalenia mózgu, towarzyszy przeważnie parkinsonizm. Akathisję i tasikinezję można objaśnić tylko na podstawie umiejscowienia schorzenia w śródmózgowiu. Przejawy myoklonji rytmicznej i wszelkich innych rytmicznych ruchów chorego zależą nie od kory mózgowej, lecz od śródmózgowia, podrażnionego jadem. Kora mózgowa nie odgrywa swej roli hamującej, wskutek czego automatyzm śródmózgowia występuje na pierwszy plan.

Nr. 28. 1923.

M. Villaret, Fr. Saint-Girons i P. Grellety-Bosviel. **Ciśnienie w żyłach obwodowych i jego zmiany chorobowe.** Badanie ciśnienia w żyłach jest zaniedbane przez klinicystów, mimo, że z góry można być przekonanym o znaczeniu praktycznem określania jego. Większość autorów posługiwała się metodami pośredniemi zapomocą przyrządów bardzo złożonych; wyniki badań były przytem niedokładne. Sposób bezpośredni określania ciśnienia zastosowali Moritz i Tabora, posługujący się w tym celu mało praktycznym wodnym manometrem, i autorzy francuscy (H. Claude, Porak, Rouillard, Cunéo) zapomocą przyrządu H. Claude'a do mierzenia ciśnienia mózgowo-rdzeniowego. Autorzy niniejszego artykułu posługiwali się też manometrem H. Claud'a.

Technika mierzenia ciśnienia w żyłach. Niezbędne przyrządy: 1) manometr H. Claude'a do mierzenia ciśnienia mózgowo-rdzeniowego w cm słupa wody; 2) gruba rurka gumowa, dług. 6 cm, połączona z jednej strony za pomocą szklanej rurki z gumową rurką, odchodzącą od manometru, i opatrzona z przeciwnej strony zwykłem metalowem zakończeniem (jak u strzykawki); 3) zwykła igła do nakłucia żylnego. Wszystkie wymienione przybory muszą być drożne i znakomicie przylegać. Przed samym zabiegiem

zanurza się igłę i rurkę gumową w sterylizowanej oliwie, aby zapobiec w następstwie krzepnięciu krwi. Co się tyczy badanego osobnika, ten winien znajdować się w leżącej pozycji na wznak, prawa ręka (badanie należy przeprowadzać, o ile możliwe, zawsze na tej samej stronie) winna leżeć ściśle na poziomie ciała i mięśnie ręki w stanie bezwzględnego rozluźnienia. Następnie wkłuwamy igłę do żyły w zgięciu łokciowem; kilka sekund pozwalamy krwi wypływać, poczem łączy się igłę z manometrem. Wskazówka manometru zaczyna podnosić się i po upływie kilku sekund zatrzymuje się na określonej liczbie: ta ostatnia wykazuje ciśnienie w danej żyle.

Ciśnienie w żyłach u zdrowych osobników. Zbadawszy 40 osobników obojga płci, autorzy podają za normę: ciśnienie żylne (P. V. — 13 cm wody dla mężczyzn, ciśnienie żylne (P. V.) — 12 cm wody dla kobiet, przy podanych wyżej warunkach (położenie na wznak, rozluźnienie mięśni itp). W istocie przy unoszeniu ręki ciśnienie obniża się, czasem do O. Przy opuszczeniu ręki, w siedzącej pozycji badanego, przy wysiłku mięśniowym— ciśnienie wzrasta. Krwioupust obniża ciśnienie przelotnie.

Aby dokładnie zrozumieć wartość liczby ciśnienia żylnego, należy określić dokładnie ciśnienie w tętnicach, częstość tętna; wskazanem byłoby również stosowanie kapillaroskopji i mierzenie ciśnienia w naczyniach włosowatych. Do tego dołącza się rozbiór zawartości naczyń tj. badanie chemiczne i fizyczne krwi (lepkość, krzepliwość, zawartość hemoglobiny, białka, liczba krwinek itp.). W stanie normalnym maksymalne ciśnienie w tętnicach i ciśnienie w żyłach daje tę samą liczbę: pierwsza cm rtęci, drugie zaś w cm wody.

Ciśnienie żylne w stanach chorobowych. W przebiegu schorzeń sercowo-naczyniowych badanie ciśnienia ma duże znaczenie, zwłaszcza dla rokowania. Ogólnie biorąc, każde wyrównane klinicznie schorzenie serca daje normalne ciśnienie w żyłach. Ciśnienie wzmożone każe obawiać się wystąpienia niedomogi serca. Jest ono objawem wczesnym częstokroć utajonej niewydolności serca, której nie zdolne jest wykryć ani badanie kliniczne chorego, ani mierzenie ciśnienia tętniczego; zdarza się to najczęściej w chorobie Corrigana. W stanach wyraźnej asystolji spostrzegamy znaczne wzmożenie ciśnienia w żyłach, którego liczba jest miarą zastoju w prawem sercu. Co się tyczy rokowania i leczenia, mierzenie P. V. jest nader ważne; dokładniej, aniżeli ciśnienie tętnicze i parcie tętna, wykazuje ono, czy zalecone leczenie jest w stanie usunąć zaporę, na którą natrafia powrotna fala krwi. Jeżeli np. po zastosowaniu racjonalnego leczenia otrzymujemy tylko przelotne obniżenie ciśnienia żylnego, świadczy to, że w rokowaniu winniśmy być nader oględni.

W przebiegu schorzeń układu krwionośnego obwodowego badanie P. V. daje następujące wyniki: U chorych, dotkniętych uciśnięciem żyły próżnej górnej, ciśnienie w żyłach kończyn górnych i w żyle jarzmowej jest wybitnie wzmożone; natomiast, jeśli prawe jamy serca w tych przypadkach nie ulegną zmianie, ciśnienie w rozgałęzieniach żyły próżnej dolnej (np. w v. saphena) pozostaje normalnem. Tętniaki tętniczo-żylne zwiększają ciśnienie żylne w całym układzie żylnym wskutek asystolji, która, według prac najnowszych, jest dość szybkiem następstwem tego schorzenia. Ciśnienie żylne na kończynach dolnych w przebiegu rozszerzeń żylnych daje duże wahania. Wogóle należy zaznaczyć, że ustalenie liczby normalnej dla ciśnienia w kończynach dolnych jest trudne.

W sinicy ogólnej lub umiejscowionej (w akrocyanosis) badanie P. V. wyjaśnia do pewnego stopnia pochodzenie i jej rodzaj. Autorzy dzielą sinicę na 3 grupy: 1) sinica wskutek niedomogi serca, której towarzyszy wzmożenie ciśnienia w żyłach; 2) sinica wskutek niedostatecznego utlenia-nia krwi — P. V. normalne lub nizkie; c) sinica wskutek zaburzeń wewnątrzwydzielniczych — P. V. wzmożone. U osobników z wzmożonem ciśnieniem tętniczem ciśnienie żylne może być różne.

W przypadkach zwykłych u osobników młodych ciśnienie żylne wzrasta równolegle z tętniczem. Natomiast, kiedy układ tętniczowłosowaty jest zmieniony (miażdżyca, skurcz, obrzęki itd.), ciśnienie żylne jest nizkie; takie jest u osobników starszych. W okresie niewyrównania, daleko posuniętej niewydolności lewej komory ciśnienie żylne może przewyższać nawet ciśnienie w tętnicach. Dane te pozwalają wśród osobników z wzmożonem ciśnieniem tętniczem rozróżniać zwykłą hypertensję (hyp. pure) i hypertensję arterjosklerotyczną. Wreszcie w przebiegu chorób płucnych (rozedma, gruźlica) badanie ciśnienia żylnego wykrywa, w jakim stopniu dane schorzenie wpływa na stan prawego serca, wywołując przepełnienie krwią jego jam.

F. Bezançon, Mathieu-Pierre Weil i L. de Gennes. **Nietypowe postacie ostrej dny.** Autorzy przytaczają cały szereg spostrzeżeń, w których ostra dna przybierała postacie bardzo nietypowe. 1) Postać o rzekomym przebiegu ropnia, w której na pierwszy plan wysuwają się większe niż zazwyczaj obrzęki i zaczerwienienie, tak, że ma się wrażenie zupełne ropnia, szczególniej, o ile umiejscowienie w stawie nie jest zupełnie pewne. 2) Postać dająca obraz zapalenia żył. Rozszerzenie żył, spotykane zwykle w napadzie dny, w postaci tej przybiera rozmiary ogromne i może dojść od stopy do uda; w niektórych przypadkach mamy ponadto objawy zapalenia żył tak, że trudno odróżnić je wówczas od zapalenia żył pierwotnego. Czasem objawy stawowe dopomagają do rozpoznania, lecz w niektórych przypadkach niema ich zupełnie i ostry napad dny polega wyłącznie na ostrem zapaleniu żył. 3) Postać puchliny stawowej (hydarthrosis) jest stosunkowo dość częsta. Rozpoznanie można ustalić wówczas, gdy nastąpi klasyczny napad dny. 4) Postać, przebiegająca jako ostre zapalenie dużych stawów. W postaci tej nic nie przypomina dny. Jest to obraz pseudoreumatyzmu zakaźnego o gwałtownym początku z dreszczami i podniesioną ciepłotą. Pewne rozszerzenie żył i rozprzestrzenienie obrzęków nasuwa podejrzenie na dnę. Leczenie zapomocą kolchicyny daje znakomite wyniki i w ciągu kilku dni chory, który dotychczas był unieruchomiony w ciągu kilku miesięcy, powraca do zdrowia. 5) Postać rzekomo gruźlicza, przebiegająca jako tumor albus. Po kilku dniach ostrych objawów zapalenie stawu przybiera obraz zapalenia gruźliczego. Skóra jest ścieńczona, sina, jest wyraźne chełbotanie; przekłucie próbne daje kilka kropli krwi. Leczenie kolchicyną w tych przypadkach daje zupełną poprawę w ciągu kilku dni.

Postacie atypowe tem więcej powinny interesować klinicystę, że właściwie są częstsze, aniżeli typowe postacie ostrej dny lub nawet aniżeli przewlekłe postacie dny, dla których tyle charakterystycznem jest występowanie guzów dnawych (tophi). Radjoskopja, badanie krwi morfologiczne i chemiczne nie dają pewnych wskazań dla różniczkowania. Radjoskopja bowiem wykryć może tylko złogi w stawach w przypadkach przewlekłych dny.

Co zaś się tyczy badania chemicznego krwi na zawartość kwasu moczowego, to najnowsze badania wykazują, że są chorzy na dnę, u których zawartość kwasu moczowego w surowicy jest prawidłowa. Natomiast badania Chauffard,a, Brodin'a i autorów amerykańskich dowiodły, że wzmożona ilość kwasu moczowego w surowicy jest stałem zjawiskiem w przypadkach niewydolności nerek. Kwas moczowy całkowitej krwi może być wzmożony nie tylko w dnie, lecz i w stanach gorączkowych, w Basedowie, przewlełym gośćcu itp. Wobec braku objawów ściśle typowych dla dny, należy w rozpoznawaniu pamiętać o wyżej podanych postaciach i stosować leczenie kolchicyną, które może rozstrzygnąć wszelkie wątpliwości. *Al. Krause.*

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Rocznik Psychjatryczny. Zeszyt I. 1923 r. — Słowo wstępne. — Prof. W. Makowski: Współpraca psychjatry i prawnika. — Doc. R. Radziwiłłowicz: Stanowisko psychjatry przy ocenie poczytalności. — A. Falkowski: O klasyfikacji anatomo-patologicznej schorzeń ciała prążkowanego. — O. Bielawski: Opór pamięciowy u psychicznie chorych. — Wł. Sterling: O zaburzeniach psychicznych w eunuchoidyzmie. — III. Zjazd Psychjatrów Polskich w Wilnie. Adres Re-

dakcji i Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Konwiktorska 7. (Redakcja powyższego zeszytu nie otrzymała).

Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1923. Kwiecień. (Cena 3200 Mk. n.). Treść: 1) Prof. Schlayer: Diureza i środki moczopędne. 2) Nick i prof. Schlayer: Przegląd prac o chorobach nerek. 3) Prof. Kielleuthner: O przeroście sterczu. 4) Prof. Joseph: Przegląd prac z zakresu chorób skórnych i wenerycznych.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie w dniu 15. listopada 1922.

Przewodniczy kol. Woyciehowski.

Obecnych członków 68.

Posiedzenie odbyło się w klinice neurologicznej prof. Piltza. 1. Przewodniczący odczytuje pismo z doniesieniem, iż ministerjum Zdrowia zamianowało członkami Komisji Wyborczej dla pierwszych wyborów do izby lekarskiej w Krakowie kol. Strzemieńskiego i Mieczysława Kramarzyńskiego. Zastępcami: Grzybowskiego i Berezowskiego.

2. Kol. Brzezicki przedstawia dwóch chorych mężczyzn z **napadami bólów żołądkowych**, leczonych dożylnemi wlewaniami adrenaliny.

Tak w pierwszym jak i w drugim przypadku mamy do czynienia ze zbiorem objawów wiądu rdzenia z męczącemi napadami żołądkowemi. Za wzorem Marinescu stosowano w tych przypadkach bardzo ostrożnie śródżylne wstrzykiwania roztworu adrenaliny 1:1000, pod wpływem których bóle ustąpiły zupełnie. Chorzy na zastrzyknięcie oddziaływali zawsze mniej więcej jednakowo. Po 10 — 20 sekundach występowała silna sinica i bladość twarzy, obrzmienie szyji i przyśpieszenie tętna (od 20 do 60 uderzeń) a parcie według Riva Rocci podnosiło się o 20 do 30 mm. rtęci ponad normę. Często występowała silna arytmja. Wszystkie te objawy mijały zwykle dość szybko i, jeżeli wstrzykiwanie wykonywano powoli, napady zdarzały się stosunkowo rzadko. Już po czterech wstrzyknięciach bóle zupełnie ustawały.

Pinard twierdzi, że napady bólów żołądkowych należałoby uważać za rodzaj odczynu Herxheimera, o ile one wystąpiły po leczeniu przeciwkiłowem. Ciekawe tłumaczenie tych napadów podają Sicard i Milian. Pierwszy tłómaczy je sobie jako objaw wstrząsu naczynio-ruchowego. Ma tu przychodzić do zaburzenia mechanicznego w ukrwieniu miąszu rdzeniowego już i tak uszkodzonego pod wpływem różnych szkodliwości. Adrenalina jako ciało przeciwwstrząsowe musi więc działać leczniczo. Drugi uważa, że bóle powstają wskutek kiłowych zmian także i w układzie mimowolnym i dokrewnym.

Na zakończenie radzi mówca, by nie stosować adrenaliny przy silnej miażdżycy, chorobach nerek i po podaniu naparstnicy.

3. Kol. Sikorska przedstawia przypadek **zaburzeń troficznych** u 28 letniego słuchacza praw. Ojciec chorego pił; chory był zawsze zdrów, potum et luem negat. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

W 1917 roku na froncie rosyjskim zaczął cierpieć na bóle w lewej nodze. Lekarze rozpoznawali rwę kulszową. Na włoskim froncie bóle i osłabienie przeszły i na nogę lewą. W maju 1919 r. zjawiły się bóle w rękach z obrzękiem i podniesieniem ciepłoty, poczem rozpostarły się i na górną część klatki piersiowej. Stan ostry przeszedł po upływie półtora miesiąca, bóle w nogach utrzymywały się jednak ciągle. W zimie 1920 roku przechodził jakoby zapalenie vena saphena lewej nogi przez trzy mies. Na wiosnę tego r. zranił się w mały palec nogi lewej. Rana pomimo leczenia dotychczas się nie zagoiła, a nawet stale się powiększa i pogłębia, przyczem stopa jest zaczerwieniona i od miesiąca są silne bóle rwące w całej stopie, które przeszkadzają choremu spać i uniemożliwiają mu chodzenie, czyniąc go niezdatnym do pracy i wyczekującym z upragnieniem pomocy.

Badanie kliniczne stwierdziło obraz nieco nietypowego zapalenia nerwów z typowemi obwodowemi zaburzeniami czucia, z nietypowem jednak wzmożeniem odruchów ściegnistych, być może wywołanem stanem ogólnego nerwowego wyczerpania chorego. Cała noga lewa przedstawia obraz zaniku. Stopa lewa zaczerwieniona i bolesna na ucisk; na małym palcu rana, która się nie goi od tak długiego czasu, mająca charakter »mal perforant« i zależna prawdopodobnie, jak teraz ogólnie co do mal perforant przypuszczamy, od zaburzeń naczynio-ruchowych, zawisłych w pierwszej linji od układu mimowolnego. Uraz połączony z zakażeniem zadziałał tu na tkanki upośledzone pod względem naczynio-ruchowym i dał obraz obecny. W dalszym przebiegu leczenia tego chorego, leczenia skierowanego na razie przeciwko polyneuritis, po znacznej poprawie stanu, przyszło nagle wśród gorączki do zgorzeli dużego i małego palca chorej kończyny, oraz zgorzeli pięty. Wezwany chirurg rozpoznał endarteriitis obliterans na tle niejasnem, niedającem się wywiadami wykazać.

4. Kol. Pieńkowski przedstawia cztery przypadki z objawami o **charakterze pozapiramidowym**:

a) 38-letnia kobieta, bez obciążenia dziedzicznego, u której w ciągu 4 ostatnich lat stopniowo wystąpiły ruchy mimowolne w kończynach dolnych, w tułowiu i kończynach górnych, a od roku wystąpiło upośledzenie mowy i myślenia. Przedmiotowo: ruchy o charakterze choreatycznym gałek ocznych, języka, ust, czterech kończyn i tułowia, zmienne, dość szybkie, utrudniające ruchy dowolne, stanie, chodzenie; tonus mięśni nieokreślony, zmienny; lekkie osłabienie ustnej gałązki nerwu twarzowego, mowa zmieniona, lekko wybuchowa; psychicznie: utrudnienie skupienia uwagi, wzmożona afektywność i pobudliwość względem podniet zewnętrznych.

Rozpoznanie: pląsawica przewlekła (*chorea chronica*) atypowa;

b) 43-letnia kobieta, której matka cierpiała na podobne zaburzenia ruchowe, od 35 r. ż. ma ruchy mimowolne w kończynach dolnych i tułowiu i natręctwa myślowe i ruchowe. W 37 r. ż. przeszła jakoby zapalenie opon mózgowych i od tego czasu, prócz ruchów mimowolnych, miewa napady padaczkowe. Przedmiotowo: siwizna, wada serca, natrętne chrząkanie, wciąganie nosem, mowa bardzo niewyraźna, ustna gałąź n. twarzowego praw. nieco słabsza, mimowolne ruchy w zakresie tułowia i kończyn dolnych; pochylanie się do przodu, boków, przestępowanie z nogi na nogę, przy chodzie przeskakiwanie, jak przy zmianie kroku i t. d. Lekka hypotonia w zakresie mięśni kończyn dolnych. Wiotkość mięśni kończyn dolnych. Psychicznie: wybitne otępienie władz umysłowych o charakterze organicznym. Rozpoznanie: pląsawica przewlekła dziedziczna Huntingtona z padaczką u osobnika z objawami zwyrodnienia (przedwczesna siwizna, wada serca, natręctwa);

c) 55-letni mężczyzna. Kiła w 26 r. ż. Alkoholizm: Od 40 r. ż. chwiejność nóg i utrudniony chód. W 50 r. ż. znaczne pogorszenie — niemożność chodzenia. Leczony energicznie przeciwkiłowo w ciągu dłuższego czasu. Poprawa. Obecnie skargi na utrudniony, niepewny chód, zwłaszcza brak równowagi psychicznej. Przedmiotowo: oddziaływanie źrenic na światło dość dobre, ślad osłabienia nerwu VII. i XII. lewostr., śladzik niedowładu połowiczego lew. Głównym objawem jest bardzo znaczne utrudnienie chodu, stania, obracania się, siadania, wstawania. Chory nie rozstaje się z laską, twierdząc, że upadnie. Chodzi małemi kroczkami, suwając nogami po podłodze. Jeżeli jednak choremu podać rękę i żądać kategorycznie, by szedł śmiało, a nawet biegł, robi to prawie zupełnie dobrze. W pozycji leżącej wykonuje wszystkie ruchy prawidłowo, z dużą siłą, bez ataksji. Hypertonji niema. Hypomimia. Ustawienie smyczkowe palców obu rąk (zgięcie w stawach podstawowych, wyprostowanie w środkowych i końcowych i odchylenie ulnarne, przeciwstawianie kciuka). Psychicznie: euforyczny, egocentryczny, drażliwy, brak wybitniejszych objawów otępiania.

Rozpoznanie: *dysbasia, dystasia praesenilis trepidans*, na tle zmian kiłowych w zakresie jąder podkorowych (?);

d) 51-letni mężczyzna, chory od roku. Stopniowo słabły kończyny dolne, potem górne, zjawiło się w prawych kończynach drżenie. Od pół roku mowa gorsza, utrudnione ruchy. Brak jakichkolwiek danych wskazujących na przebytą chorobę gorączkową. Przedmiotowo: typowy obraz drżączki porażennej.

Na podstawie przedstawionych przypadków kol. Pieńkowski podnosi różnorodność objawów ruchowych, które wiążą jednak pewne cechy pokrewne wszystkim. Mamy tu zaburzenia, dotyczące ruchów zautomatyzowanych, ruchy mimowolne, zmiany w napięciu mięśni, zmiany w ułożeniu członków i ich części, przy względnem zachowaniu ruchów dowolnych; objawy przewrotności ruchowej (kinesia paradoxalis), przy braku lub drugorzędności objawów piramidowych.

Najczęstsze krańcowe przeciwne zespoły pozapiramidowe, które na podstawie dotychczasowego doświadczenia klinicznego można już dzisiaj wyróżnić, występują w dwóch typach: 1) typ akinetyczno-hypertoniczny, ze wzmożonem napięciem mięśniowem, ubóstwem ruchów, amimją, ogólnem unieruchomieniem, co widzimy w drżączce porażennej, 2) typ hyperkinetyczno-hypotoniczny — z ruchami mimowolnemi, wiotkością mięśni, wzmożonemi współruchami — co spotykamy n. p. w pląsawicy. Pomiędzy niemi mamy cały szereg typów przejściowych.

Kol. Pieńkowski podkreśla, że zaburzenia w zakresie układu wegetatywnego (*sympathicus + parasympathicus*), jako też i objawy psychiczne, zdają się być również nieodłącznemi towarzyszami zaburzeń pozapiramidowych.

Wreszcie wykazuje znaczenie badań filo- i ontogenetycznych dla zrozumienia fizjopatologji objawów pozapiramidowych, streszczając w krótkości podstawy anatomiczne i fizjopatologiczne, na których opierają się dotychczasowe hypotezy zaburzeń pozapiramidowych.

5. Kol. Piltz przedstawia a) 20-letniego mężczyznę, cierpiącego od 2 lat na **napadowe bóle głowy, wymioty i napady padaczki Jacksona** w prawej połowie ciała bez utraty przytomności, rozpoczynające się drgawkami, w twarzy, w okolicy ust albo w palcach ręki. Oprócz tego czasami miewał chory napady czuciowej padaczki Jacksona polegające, na występujących na-

padowo parestezjach w kiści i twarzy — pewien rodzaj mrowienia.

Po ostatnim napadzie drgawek w kwietniu 1922 r. wystąpiło upośledzenie ruchów czynnych i siły w mięśniach twarzy i ręki.

W klinice neurologicznej w październiku 1922 stwierdzono: *hemiparesis facio-brachio-cruralis dextra spastica* ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych i osłabieniem odruchów skórnych; upośledzenie czucia w całej prawej połowie ciała, najsilniejsze w okolicy ust i na obwodowych częściach kończyn, ze zniesieniem czucia położenia w ręce prawej. Dno oka bez zmian. Badanie roentgenologiczne wykazało silniejsze, niż zwykle, zaznaczenie szwów, co ewentualnie świadczyćby mogło o lekkiem wzmożeniu ciśnienia śródczaszkowego. Odczyn Wassermanna z surowicą krwi i z płynem mózgowo-rdzeniowym i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w kierunku prątków gruźliczych dało wynik ujemny.

Na podstawie wywiadów i wyników badania przyjęto, że zbiór objawów, stwierdzony u chorego a polegający na *hemiparesis facio-brachio-cruralis dextra cum epilepsia Jacksoni*, spowodowany jest sprawą chorobową, toczącą się w lewej półkuli mózgu, w okolicy *sulcus Rolandi*, w najbliższem sąsiedztwie ośrodków ruchów ręki i twarzy a wobec tego, że chory od kilku lat ma zajęcie szczytów, że sprawa chorobowa jest przewlekła i wykazuje pewną skłonność do stabilizacji i objawy choroby mózgu wystąpiły u chorego w wieku młodzieńczym — można przypuścić, że mamy do czynienia z *guzem serowatym*;

b) przypadek »**odruchowej nerwicy urazowej**«, charakteryzujący się przykremi i męczącemi odczuwaniami w odjętej kończynie. 26 letni robotnik kolejowy stracił w maju 1922 nogę, dostawszy się pod koła wagonu. Od czasu odjęcia tej nogi, wykonanego na wysokości połowy uda, chory miewa uczucie gruchotania małych kości stopy, odczuwa pieczenie w całej stopie albo, tylko w dużym palcu, swędzenie, szarpanie i kurcze w łydce, bóle w zewnętrznej części kostki i miewa uczucie, jakgdyby czasami pięta znajdowała się pod kolanem, to znów jakgdyby coś skręcało mu stopę w ten sposób, że palce zbliżają się do pięty. Są to »psychoruchowe i psychosensoryczne iluzje«, które chory lokalizuje w odciętej kończynie.

Badanie chorego, przeprowadzone w klinice chirurgicznej prof. Rutkowskiego, nie wykazało żadnych widocznych zmian w obrębie kikuta pooperacyjnego.

Objawy wyżej opisane są prawdopodobnie albo wyrazem molekularnych zmian w ośrodkach mózgowych, które powstały na drodze odruchowej pod wpływem silnego urazu nogi, albo mogą być wyrazem podrażnienia tychże ośrodków mózgowych, wywoływanego odruchowo przez jakieś molekularne — niedające się dziś jeszcze stwierdzić zmiany, toczące się w obrębie obwodowych odcinków uszkodzonych nerwów;

c) szereg przypadków *encephalitis choreiformis et lethargica*, w różnych okresach rozwoju, w tem kilka świeżych. Pomimo znacznych różnic, odnośnie do symptomatologji tych przypadków, przebieg choroby we wszystkich tych przypadkach, przynajmniej w głównych zarysach, jest analogiczny.

Po krótkim okresie zwiastunów występował we wszystkich tych przypadkach pierwszy okres kilkudniowy z gorączką, bezsennością i psychoruchowem podnieceniem, po którym przychodził okres, mniej więcej parutygodniowy śpiączki, a po tym okresie ogólny stan chorych w ciągu paru miesięcy się poprawiał, ażeby stopniowo przejść w okres t. zw. parkinsonizmu z ogólnem unieruchomieniem i pochyleniem całego ciała ku przodowi i ślinieniem się;

d) wreszcie 22 letni młodzieniec mojżeszowego wyznania z **napadami wielkiej histerji**, polegającemi na co parę minut powtarzających się, kilka minut trwających, stanach zamroczenia z gwałtownem podnieceniem, w których chory podrzucał i wyginał całe ciało, bił, kopał, gryzł i odpychał ludzi, którzy go przytrzymywali. Podniecenie było tak silne, że ledwo 3 ludzi mogło go utrzymać.

Chory pochodzi z rodziny psychopatycznej. Rodzina ojca jest »nerwowa«. Matka i siostra ojca cierpiały na ataki histeryczne; ta ostatnia pod wpływem wstrząsów moralnych dostawała napadów drgawek.

Przed kilku miesiącami umarła matka chorego, którą bardzo kochał, a ojciec ożenił się powtórnie. Chory rozpaczał po stracie matki, chodził co tydzień na cmentarz, był bardzo przygnębiony. Macocha go nie lubiła, robiła mu często na złość i rzekomo starała się poróżnić go z ojcem. Przed paru dniami po ostrym konflikcie z macochą, chory przestał jadać, spać i czuł się silnie rozdrażniony. Po spędzeniu bezsennej nocy, nad ranem chory popadł w stan zamroczenia z podnieceniem, usiłował wyskoczyć oknem, mówiąc, że chce pójść do matki, która umarła.

Od tej chwili zaczął miewać owe stany gwałtownego podniecenia z zamroczeniem. W stanach przytomności pomiędzy napadami chory twierdził, że nie pamięta, co robił. Uderzającem to było z tego względu na to, że mu otoczenie już kilkakrotnie opowiadało, jak on w tych napadach broił.

Wrodzona psychopatja konstytucjonalna histeryczna naszego chorego jest anomalją rodową, która u kilku członków jego rodziny w kilku pokoleniach przejawiała się w postaci ataków histerycznych.

Po przybyciu do kliniki chory został umieszczony na oddziale psychjatrycznym, gdzie zawinięto go w wilgotne ciepłe prześcieradła, podając mu suggestję, że pod wpływem tych zawijań napady ustąpią. I rzeczywiście od chwili założenia koców napady już się nie powtórzyły i chory mógł już po paru dniach, jako uleczony, opuścić klinikę. Chory wyleczony został z »fenomenu« czy »symptomu« histerycznego (w tym przypadku ataków histerycznych); tło, na którem te objawy powstały, a mianowicie jego histeryczna psychopatja konstytucjonalna jako rzecz wrodzona, pozostała nadal.

Kol. Piltz podnosi ze szczególnym naciskiem, że tego rodzaju stany histeryczne są chorobą psychiczną, którą najracjonalniej i najskuteczniej leczy się na oddziałach psychjatrycznych a nie neurologicznych. Régime psychjatryczny działa w tego rodzaju przypadkach zbawiennie i szybko.

Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

VIII. Posiedzenie naukowe w dniu 16 marca 1923 r.

Przewodniczy kol. Ign. Zieliński, obecnych 99.

1. Kol. Skrowaczewski przedstawia oficera W. P., u którego przed 8. mies. wykonał **operację doszczętną jamy czołowej sposobem Kiliana** z powodu przewlekłego ropnego zapalenia jej z przetoką w zewnętrznym kącie oczodołu. Wynik jednak ujemny, gdyż mimo zagojenia się dawnej przetoki wytworzyła się nowa w zewnętrznym kącie oczodołu. Wobec tego w styczniu r. b. wykonał powtórnie operację sposobem Riedla i osiągnął zupełne wyleczenie z zadowalającym wynikiem kosmetycznym. Następnie omawia szczegółowo wszystkie sposoby doszczętnej operacji i ścisłe wskazania do tego zabiegu, które, wobec stosunkowo wysokiego % śmiertelności i niewielkiego % zupełnego wyleczenia powinny być b. ograniczone.

2. Kol. Meisels przedstawia 2 **przypadki raków macicy naświetlanych** promieniami Roentgena. W obu przypadkach, z naciekami w przymacicach, nie nadających się zupełnie do operacji, w pływ naświetlań okazał się tak skutecznym, że obecnie t. j. p. 2 i 4 miesiącach po naświetlaniu, klinicznie nie można rozpoznać sprawy nowotworowej. Chore czują się podmiotowo bardzo dobrze, przybyły na wadze, a badanie ginekologiczne wykazuje zupełnie prawidłowe stosunki.

W dyskusji kol. Bocheński przypomina, że, przedstawiając w grudniu wyniki naświetlania swoich przypadków stwierdzić mógł na ogólną liczbę 21 w 4-ch t. j. w 20% zupełne wyleczenie kliniczne a równocześnie mikroskop nie wykazał obecności komórek rakowych. Jeśli się uwzględni, że promienie Roentgena działają niszcząco na komórki rakowe, to ten odsetek wyleczenia uważać należy za zbyt mały. Przypuszcza, że ma tu znaczenie technika naświetlania a przekonał się o tem w przypadkach dawnych, w których w czasie naświetlania koncentrowano dokładniej promienie na ognisko rakowe. Co się tyczy przypadków przedstawionych przez kol. Meiselsa, które przed naświetlaniem badał, to przyznać trzeba, że klinicznie oba przypadki uważać należy za wyleczone. Powstałe zgrubienie więzu krzyżowo macicznego odnieśćby można do przewlekłej sprawy zapalnej.

8. Kol. L. Fleck wygłasza odczyt: »**Odczyn skórny w durze plamistym przy użyciu wyciągu z prętka X_{19} (esantyny)**«. Opierając się na dawniejszych badaniach Friedbergera i van der Reisa (1919, 1920) wykonał w Zakładzie biologji Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie (Dyrektor: Prof. Weigl) wspólnie z Dr. Krukowskim szereg doświadczeń nad odczynem skórnym przy durze plamistym. — Pierwotna reakcja Friedbergera i van der Reisa polegała na tem, że normalnie ludzie oddziałują na podskórny zastrzyk zawiesiny zabitych odmieńców X_{19}. zaczerwienieniem i bolesnością miejsca zastrzyku, a chorzy na dur plamisty nie wykazują żadnej reakcji. Odczyn ten do celów praktycznych nie nadaje się z powodu trudności dawkowania i częstego powstawania bolesnego guzka w miejscu wstrzyknięcia. Natomiast doskonałe usługi oddaje sporządzony wyciąg z odmieńca X_{19}, nazwany esantyną, którego własności i sposób miareczkowania bliżej omawia. Odczyn esantynowy daje do 6 godzin rozpoznanie i może zastąpić reakcję Weil-Felixa. Jest ona stale ujemna (brak zaczerwienienia i bolesność miejsca zastrzyku) od 2. tygodnia duru plamistego, z wyjątkiem przypadków śmiertelnych, w których może być dodatnia przez przeciąg choroby. U uzdrowieńców pozostaje reakcja ujemna przez szereg miesięcy, nawet lata. Reakcja jest ujemna również u sztucznie uodpornionych lasecznikiem X_{19}. Przy durze plamistym dają ujemną reakcję skórną także zawiesiny X_2. Prot. vulg. grupy III (Weil) i Rickettsia Prowazeki. Natomiast inne bakterje dają reakcję dodatnią, mianowicie: ty. abd., Para B, i inne.

Nie wchodzi tu w grę jedynie Weilowski receptor »O«. Ponieważ odczyn Weila znika u uzdrowieńców w pół roku po durze a reakcja esantynowa jest wówczas jeszcze ujemna, więc cho-

dzi tu prawdopodobnie o pewną allergję, która może jest rzeczywistą miarą odporności komórkowej, dzięki której ulega ciało działające szybkiemu rozpadowi. poza etap toksyczny.

W dyskusji: Kol. Leszczyński zastanawia się nad skórą, jako tłem, w której często mimo pozornej prawidłowości wykazać można zapomocą prób biologicznych stany utajone. Kol. Janusz podnosi, że próby skórne, oparte na allergji były już stosowane w najrozmaitszych sprawach zakaźnych, między innemi Złotogorow niedawno podał wyniki badań nad niemi w durze powrotnym. Klinicyści rosyjscy, opierając się na bardzo licznym materjale, zawiedli się w odczynach skórnych w przebiegu duru plamistego. W ciągłych poszukiwaniach pewnego środka rozpoznawczego, prof. Szapszew podał Sposób przygotowania uproszczonej modyfikacji odczynu Weil-Felixa, umożliwiający wykonywanie tego odczynu w warunkach najprymitywniejszych. Sposób Szapszewa, oparty na wzorze typhusdiagnosticum Ficker'a, w przeciwieństwie do autorów niemieckich, ukrywających przepis przygotowania, zasługuje na rozleglejsze uwzględnienie. Prócz tego zabierali głos kol. Krukowski i mówca. *W. Janusz*, sekretarz.

Związek lekarzy P. P. i Towarzystwo lekarskie. Okręg Łucki.

Posiedzenie naukowe w dniu 9 marca 1923 r.

Przewodniczy kol. F. Miłaszewski. Obecnych 14.

1. Kol. F. Miłaszewski pokazał chorych **z nagminnem zapaleniem mózgu** a) chorą 24 lat z nagminnem zapaleniem mózgu w 7m- tygodniu z objawami **śpiączki**, pląsawiczemi ruchami obu rąk, rytmicznym skurczem mięśni klatki piersiowej, niedowładem mięśni ocznych i podwójnem wizeniem.

Choroba rozpoczęła się na tydzień przed odbyciem porodu dotkliwemi bólami w lewym boku o charakterze neuralgicznym. Przebieg porodu i poporodowy prawidłowy. Po porodzie ciepłota, która była dość znacznie wzniesiona, opadła, objawy śpiączki trwały nadal; oprócz maskowatości twarzy i monotonnego głosu wystąpiły objawy, o których nadmieniono. Objawy Kerniga i Babińskiego.

b) drugi przypadek dotyczył 16-letniej chorej, zmarłej w miejscowym epidemicznym szpitalu, którą obserwował w przeciągu 2 miesięcy. Choroba rozpoczęła się objawami hyperkinetycznemi, bezsennością, podwójnem widzeniem i wzniesieniem ciepłoty do 40°, po 10 dniach wystąpiła typowa śpiączka z niezupełnem zawieszeniem świadomości i ciepłotą o 37.5° — 38°; po miesiącu takiego stanu ciepłota znowu dała podwyższenie sięgające do 40°, nastąpiła zupełna utrata świadomości. Kernig i Babiński, jak w powyższym przypadku, negatywny. Oddech przerywany głębokiem westchnieniem, na ustach sarkastyczny grymas. Śmierć przy objawach niedomogi serca;

c) w trzecim przypadku, dotyczącym młodego chłopca po przebytem nagminnem zapaleniu mózgu, które również rozpoczęło się gwałtownemi bólami głowy i bezsennością Kol. M. ze zboczeń ocznych zauważył hippus; chory oprócz tego stracił zdolność do gry na trąbie.

2. Kol. A. Wojnicz a) dopełnił swoje pokazy z dnia 24. XI. 22. r. wzmianką o wynikach pooperacyjnych **u chorych po wycięciu kiszek**: 40 letnia kobieta wyzdrowiała zupełnie po 2 miesięcznem leczeniu, zaś 50-letni mężczyzna umarł w 18 dni po operacji, najadłszy się sucharów, które wywołały przedziurawiające zapalenie otrzewny. U kobiety na kiszkę był nałożony trzypiętrowy szew, u zmarłego zaś mężczyzny jednopiętrowy z cienkiego jedwabiu;

b) pokazał **2 preparaty guzów złośliwych**; jeden wielkości pięści dorosłego mężczyzny, wyrósł w ciągu 8 miesięcy, drugi wielkości migdała, zauważony został przed dwoma miesiącami. Guzy te znajdowały się u kobiety 28 letniej w przedniej ścianie podbrzusza po obu stronach smugi białej brzucha. Na przekroju obydwa guzy wykazywały makroskopowo budowę typowych mięsaków, powstałych z tkanki łącznej śród mięśniowej skośnego wewnętrznego mięśnia brzucha.

W dyskusji zabierali głos kol. Miłaszewski, Mininzon i Kubaszewski, wyrażając żal, że Łuck dotychczas nie posiada laboratorjum do badań anatomo-patologicznych drobnowidowych. Klinicznie i makroskopowo można określić dane roztwory, jako mięsaki powstałe z tkanki łącznej śródmięśniowej.

3. Kol. Mininzon pokazał preparat **guza torbielowego** (skórzak) lewego przyjajnika, usuniętego u kobiety 32 l. po prawidłowym odbytym porodzie. Guz wrzecionowaty 22 ctm. długości i 12 ctm. szerokości usunięto cięciem brzusznem nadłonowem w uśpieniu ogólnem. Z guzem okazały się zrośnięte kiszka i sieć.

4. Kol. Miłaszewski wygłosił obszerny referat p. t. **Encephalitis lethargica.**

W dyskusji kol. Słobodnik, Abramski i Rafałowski omówili przypadki nagminnego zapalenia mózgu, obserwowane w Łucku i Rożyszczach, wskazując tak samo na zmienność i niestałość objawów choroby, co pozbawia ją typowego oblicza. Zaznaczyli jednak, że najczęściej spostrzegane były zaburzenia snu, oczne, ruchowe i ogólne toksyczne objawy. Kol. Dolner nadmienił też o bardzo charakterystycznych zaburzeniach w układzie mięśniowym, mianowicie stereotypowych ruchach, myoklonicznem drganiu i maskowatości twarzy.

W dyskusji przemawiali kol. F. Pemow, I. Mininzon, M. Kubaszewski, G. Kowalski i M. Jasiński.

5. Kol. M. Jasiński przemawiał z okazji **450 letniej rocznicy urodzin Mikołaja Kopernika**. Obecni, solidaryzując się z przytoczonemi słowami odezwy pr. Banachiewicza, »że istnienie w Polsce Instytutu Astronomicznego Narodowego im. Kopernika jest kwestją naszej ambicji narodowej«, złożyli na ten cel 160.000 mk. polsk.

W sprawach bieżących zabierali głos kol. Miłaszewski, Wojnicz i Bejlin. *M. Jasiński.*

II. Zjazd dermatologiczny we Lwowie.

W dniach 20 i 21 maja odbyło się we Lwowie II. doroczne Zebranie Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego przy licznym udziale Kolegów z Warszawy, Wilna, Poznania, Łodzi, Lublina, Krakowa, Kalisza i t. d. W sobotę 19. zebrali się uczestnicy celem zapoznania się w hotelu Krakowskim. W niedzielę o godz. 8 rano odbyło się posiedzenie administracyjne, na którem powzięto ważne uchwały, tyczące się »Przeglądu dermatologicznego«, będącego organem Towarzystwa. Dzięki tym uchwałom uzyskało pismo pewne podstawy finansowe. Nastąpiły pokazy ciekawych przypadków z kliniki derm. Prof. Łukasiewicza.

O godz. 10 prezes Tow. dr. B. Bernhardt (Warszawa) otworzył zjazd piękną przemową:

Szanowne Panie, Szanowni Panowie! Gdyśmy w roku zeszłym zwołali w Warszawie pierwsze doroczne zebranie P. T. D. mieliśmy na oku cel podwójny. Chodziło o ściślejsze zespolenie naszego Tow. przez bliższe zapoznanie się członków i koleżeńską wymianę myśli, chodziło też o próbę mobilizacji sił naukowych P. T. D. — Zdawało się nam, że cel został osiągnięty, i to było zachętą i wskazówką, by dalej prowadzić dzieło rozpoczęte. Wybór miejsca drugiego zebrania dorocznego padł wówczas na Lwów nietylko dlatego, że jest to najstarszy oddz. Tow., oddział najliczniejszy i bardzo pracowity. Nie, Panowie! Nas ciągną do Lwowa liczne nici głębokiej sympatji. Bo przyznacie Panowie, że każdy Polak ma bardzo dużo sentymentu dla tego bohaterskiego grodu kresowego. Poznać go bliżej, przyjrzeć się jego intenzywnemu życiu kulturalnemu i na tej wysuniętej placówce Rzeczypospolitej zaznaczyć, że polska myśl naukowa czuwa i tętni — oto są główne podniety, które nas dzisiaj zgromadziły tutaj. — Jak widzicie Panowie, członkowie naszego Tow. całkowicie zrozumieli swe zadanie i nietylko stawili się licznie, lecz przywieźli też ze sobą obfity plon naukowy, z którego treścią zapoznamy się niebawem. Mamy oto omawiać projekt rządowy ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych w Polsce, a zatem wypowiedzieć się w kwestji, która obchodzi nie tylko ogół lekarski, lecz przedewszystkiem szerokie warstwy społeczne. Sądzę, że głos nasz nie mało zaważy podczas ostatecznego rozstrzygania tej pilnej sprawy. A zatem, Panowie, do pracy! Szczęść Boże!

W kolejnem następstwie usłyszeliśmy wykłady Prof W. Krzyształowicza (Warszawa) pt. Rozwój metod badania w dermatologji. — Albin Racinowski (Warszawa): Współistnienie zmian gruźliczych i przymiotowych na skórze i śluzówkach. — Adam Straszyński (Warszawa): Pokaz odlewów woskowych, sporządzonych w klinice dermatologicznej w Warszawie. (Z kliniki dermat. Uniw. Warszawskiego Prof. Krzyształowicza). — Edward Brunner (Warszawa): O leczeniu wilka lampą Finsena. — Zofja Wepperówna (Lwów): Kilka uwag o zakaźności herpes zoster i jego stosunku do varicelli, popartych własną obserwacją. (Z oddz. skór. wener. męsk. P. Szpitala P. we Lwowie, Prym. Dr. M. Świątkiewicz). — Michał Salpeter (Lwów): Luźne uwagi w sprawie leczenia pęcherzycy. (Z kliniki dermat. Uniw. Lwow. Prof. Łukasiewicza).

Z powodu spóźnionej pory odpadł wykład: Roman Leszczyński (Lwów): Przyczynki do patogenezy łuszczycy (przytem nowy przypadek liszajca opryszczkowego).

Tego samego dnia popołudniu wygłosili odczyty: Robert Bernhardt (Warszawa): Doświadczenia nad wyłysieniem talowem. — Prof. Adam Karwowski (Poznań): Keratocystoma ulerythematosum annulare (Atrophodermie vermiculée Darier-Pautrier). — Stanisław Kapuściński (Warszawa): Z badań roli ziarniaków ropnych w powierzchownych schorzeniach skóry. (Z kliniki dermat. Uniw. Warszawskiego, prof. Krzyształowicza). — Stanisław Ostrowski (Warszawa): Przypadek zgorzeli po zatruciu gazem świetlnym. (Z kliniki dermat. Uniw. Warszaw., Prof. Krzyształowicza). — L. Füllenbaumówna (Lwów): Przyczynek do patogenezy tocznia rumieniowego (Z oddz. skór. wener. kob. P. Szpit. P. we Lwowie, Prym. Doc. Dr. R. Leszczyński).

Z powodu późnej pory nie doszła do głosu Zofja Wepperówna (Lwów): Autoseroterapia, jako samodzielna metoda leczenia chorób bakteryjnych. (Z oddz. skór. wener. męsk. P. Szpitala P. we Lwowie. Prym. Dr. M. Świątkiewicz).

Wieczorem w niedzielę odbyła się wspólna wieczerza w salach Hotelu George'a. Szereg przemówień rozpoczął Prof. Łukasiewicz, jako gospodarz, witając gości ze wszystkich stron Rzeczypospolitej przybyłych. Wygłoszono liczne mowy pełne głębokiej treści: Szczególny aplauz zyskały gorące słowa prof. Lenartowicza (Kraków), wypowiedziane pod adresem Lwowa.

Ochocza zabawa, urozmaicona tańcami przeciągła się do godz. 3 rano.

W poniedziałek o godz. 9 rozpoczęły się prace Zjazdu pokazami chorych z oddziałów szpitala prym. Leszczyńskiego, prym. Świątkiewicza. Chorych ze szpitala wojsk. przedstawił kol. Biliński, z ambulatorjum policji kol. Krzemicki. O godz. 10 zabrał głos kol. Krzemicki L., który poruszył ważne sprawy, w krytyce rządowego projektu ustawy w przedmiocie zwalczania chorób wenerycznych.

Po dyskusji, która wykazała szkodliwość i niebezpieczeństwo proponowanej ustawy, uchwalił zjazd rezolucję, polecającą Wydziałowi i Prezydjum wystosowanie do kompetentnych czynników umotywowanego memorjału z protestem. Z powodu późnej pory zrzekł się głosu prof. Lenartowicz. F. Ameisenówna i prof. J. Lenartowicz (Kraków): Próby oznaczenia wolnej cholesteryny we krwi chorych kiłowych lub dotkniętych chorobami skórnemi. Kol. Walter (Kraków): Odczyn kolloidalny z żywicą będźwinową w płynie mózgowo-rdzeniowym.

W dyskusji między innymi przemawiał kol. Mierzecki (Lwów): O barwnej modyfikacji odczynu Meinickego D. M., oraz o zachowaniu się barwników w odczynach Dolda, Meinickego i Sachs-Georgiego. (Z kliniki dermat. Uniw. Lwow. Prof. Łukasiewicza), pokazując praktycznie przebieg odczynu.

Posiedzenie zakończyło się interesującym wykładem kol. Leyberga (Łódź): Dolędźwiowe wlewania salwarsanu, spostrzeżenia własne.

Z powodu braku czasu spadły z programu R. Bernhardt (Warszawa): Rozmieszczenie arszeniku w narządach wewnętrznych świnki morskiej po zadawaniu dosercowo arsenobenzolu. — St. Rygier-Cękalska (Warszawa): O leczeniu zastrzykiwaniami mleka rzeżączki u kobiet. — Wiera Balicka i Anna Kogutowa (Lwów): Badania nad sprawnością wątroby kiłowej w związku z wstrząsami arsenobenzolowemi. (Z oddz. skór. wen. kob. P. Szpit. P. we Lwowie, Prym. Doc. Dr. R. Leszczyński). — Jan Papée (Lwów): Porażenie nerwu twarzowego, jako pierwszy objaw kiły.

W południe złożyli Dermatologowie warszawscy wspaniały wieniec na cmentarzyku »Obrońców Lwowa«. Ponadto wszyscy zamiejscowi uczestnicy Zjazdu złożyli znaczną kwotę na fundusz »Wdów i sierót po obrońcach Lwowa«.

Popołudniu o godz. 4 rozpoczęły się dalsze prace Zjazdu odczytem kol. T. Pawlasa (Kraków): Leczenie powikłań rzeżączki śródmiąższowemi i dożylnemi wstrzykiwaniami olejku santałowego.

Po nim przemawiali kol. Karwowski (Poznań): Próby stwierdzenia, czy krętki blade osiedlają się już przed objawami wtórnemi w skórze? — T. Dyboski (Kraków): O działaniu leczniczem dożylnych wstrzykiwań kalomelu i bizmutu. — Kl. Kauczyński (Lwów): Lymfocytoza a odczyn Bordet-Wassermanna. (Z oddz. skór. wener. kob. P. Szpitala P. we Lwowie, Prym. Doc. Dr. R. Leszczyński). — F. Marcjaniak (Kraków): Odczyn Wassermanna u chorych, dotkniętych rakiem macicy. — W końcu Jan Papée (Lwów): Spostrzeżenia statystyczne nad zachowaniem się odczynu Bordet-Wassermanna w przebiegu kiły.

Z powodu spóźnionej pory musiały spaść z porządku dziennego obrad: M. Andruszewski (Lwów): Doświadczenia nad wstrzykiwaniami dożylnemi w celu sprowokowania odczynu Wassermanna w różnych okresach kiły. (Z kliniki dermat. Uniw. Lwow. Prof. Łukasiewicza). — H. Mierzecki (Lwów): Przyczynek do patologji i djagnostyki ostrej, niepowikłanej rzeżączki u mężczyzn. (Z kliniki dermat. Uniw. Lwow. Prof. Łukasiewicza). — L. Białobłocki (Kalisz): Leczenie syfilisu. — Jan Papée (Lwów): Terpichin w leczeniu ostrej rzeżączki.

Zebranie zamknął prof. Krzyształowicz, reasumując wyniki zjazdu i oznajmiając, że jako miejsce przyszłorocznego zebrania oznaczono Kraków.

Wieczorem tego dnia podejmowali uczestników zjazdu profesorstwo Łukasiewiczowie w swych wytwornych salonach ze staropolską gościnnością.

Zjazd ten przyniósł obfity plon, naukowy i moralny. Niewiadomo nawet, który wyżej cenić. Rozdzieleni kordonami, nie mogli dawniej dermatolodzy polscy poznać się wzajemnie, nie mogli też i cenić się. Nie było wyjawienia myśli; dermatolodzy polscy mogli należeć do rozmaitych szkół, nie mieli jednak możności stworzenia własnej. I tu leży owa ogromna waga zebrań perjodycznych. Poznanie własnych centrów pracy umysłowej, wymiana myśli, ścieranie się w dyskusji, wszystko to prowadzi do ujednostajnienia poglądów, prowadzi do wielkiego dzieła, do wytworzenia własnej szkoły dermatologicznej polskiej. I to jest ten wielki dorobek wiedzy narodowej, jaki z podobnych zjazdów powstaje. Tegoroczny zjazd dermatologiczny był niewątpliwie wydatnym krokiem naprzód na tej drodze.

Niemniej obfitym był i plon ściśle naukowy. Prof. Krzyształowicz dał krytyczny przegląd nowszych kierunków w dermatologji.

Racinowski podnosił ważną sprawę kombinacji objawów gruźliczych i kiłowych, która na ogół zbyt mało jest braną w rachubę.

Żywą dyskusję wywołał odczyt Brunera, Lampa, Finsena obok zwolenników znalazła przeciwników, którzy oświadczali się raczej za stosowaniem Roentgena.

Wepperówna poruszyła niezwykle aktualny temat pokrewieństwa ospówki i półpaśca. Jej spostrzeżenia przemawiają za identycznością lub pokrewieństwem obu jadów.

Bernhardt zapoznał nas ze swemi doświadczeniami przy zatruciu octanem talowym. Sprawa ta zajmuje obecnie żywo świat naukowy, ze względu na drogę między trucizną a wyleczeniem, wiodącą przez gruczoły dokrewne.

Füllenbaumówna przyniosła szereg doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych, na poparcie poglądu Jennericha, o zajęciu gruczołów chłonnych, warunkującem powstawanie tocznia, przyczem zarówno antigen, jak i moment prowokujący bywają rozmaite.

Żywe zainteresowanie i dyskusję wywołało sprawozdanie Leyberga z jego doświadczeń z dolędźwiowemi wlewaniami salwarsanu. Na ogół wyniki nie są zbyt zachęcające, i, jako metoda stała lub ogólna, nie zdoła się ten sposób, zdaniem autora, utrzymać.

Również Dyboski wywołał swym wykładem żywą **dyskusję**. Poruszano sprawę jadowitości bizmutu, (rumienie, zapalenie dziąseł, podrażnienie nerek).

Badania Kauczyńskiego wykazały brak równobieżności lymfocytozy i odczynu Bordet-Wassermanna i przemawiają przeciw teorji lipoidowej.

W dyskusji podaje kol. Lenartowicz do wiadomości, że na innej drodze doszedł do podobnych wniosków o bezpodstawności teorji lipoidowej (badania nad zawartością wolnej cholesteryny we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym).

Marcjaniak poruszył ważny problem, czy i o ile kiła usposabia do powstawania raka macicy. Dotychczasowe poszukiwania czynią to rzeczą wielce prawdopodobną.

Duży materjał pozostał nie wykorzystanym z powodu braku czasu, a kryją się w nim niewątpliwie rzeczy cenne.

---

† Św. p. Dr. Stanisław ORŁOWSKI.

W sile wieku, w pełni działalności naukowo-literackiej i pedagogicznej niespodziewanie i nagle odszedł od nas ś. p. kol. Stanisław Orłowski. Wszędzie tam, gdzie zmarły, ofiarując każdej dobrej sprawie zawsze chętnie swój czas, wiedzę i doświadczenie, współpracował w gronie Kolegów — śmierć Jego odczuto szczerze, jako prawdziwą i dotkliwą stratę. Sam ten fakt jest miarą wartości i zasług człowieka, który całem swojem życiem oraz stosunkiem do spraw i ludzi zdobył sobie zasłużony szacunek i uznanie.

Historja życia Jego jest odbiciem ciężkich warunków polskiej rzeczywistości z niedawnej przeszłości. Urodzony w 1868 roku w Lublinie, całą swoją młodość z lat uniwersyteckich spędził w obcem i z natury rzeczy nieprzyjaznem środowisku w Moskwie. Pełen szlachetnej i rozumnej ambicji wzniesienia się na wyższy szczebel w dziedzinie naukowej, nie poprzestaje na uzyskaniu stopnia. lekarza, lecz, zabierając się z energją i zapałem do pracy oraz uzupełniając wiadomości na Klinikach niemieckich, wraca do Moskwy, śmiało sięga po dyplom doktorski, a następnie, ogłaszając szereg rozpraw z neurologji, ubiega się o wysoką i zaszczytną godność docenta uniwersytetu. Znać nie przeciętną była działalność naukowa Orłowskiego, skoro obcy i ostro sądzący kwalifikacje kandydatów-polaków fakultet lekarski Moskiewski przyznał mu veniam legendi i mianował ordynatorem Kliniki Neurologicznej. Nie sądzono było ś. p. Orłowskiemu korzystać jednak wtedy z praw i przywilejów uniwersyteckiego pedagoga i pracownika naukowego, a to z powodu niezatwierdzenia docentury przez władzę rządowe z motywów czysto politycznych. Zdobywszy jednak w ten sposób duży zasób wiedzy i umiejętności samodzielnej pracy na niwie naukowej i dawszy dobre przed obcymi świadectwo dzielności i ruchliwości polskiego umysłu — wraca do kraju, aby tu w stolicy, pozbawionej naówczas wszystkich ofi-

cjalnych warsztatów i ognisk rzetelnej roboty kulturalno-naukowej, połączyć swoje wysiłki z gronem skromnych i bezinteresownych, ale oddanych całkowicie sprawie kultywowania rodzinnej nauki pracowników-Kolegów. Na tej pięknej karcie historji życia i ruchu naukowo-społecznego w Polsce w okresie niewoli imię Zmarłego jest też zapisane. Był On długoletnim redaktorem »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, ogłosił szereg artykułów z zakresu szpitalnictwa, bierze czynny udział w życiu zrzeszeń naukowych, jako to Warszawskie Towarzystwo Naukowe i Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, nauczał i przelewał swe doświadczenie na młodszych Kolegów z nim razem pracujących w szpitalu Ewangielickim, czy u Jana Bożego, gdzie był etatowym ordynatorem, drukował cenne prace z zakresu neurologji, psychjatrji i psychologji, a wszystko to robił z energją, znajomością rzeczy i sumiennością. Kolega Orłowski nie żałował też nigdy czasu na wykonanie rzeczy, którą uważał za słuszną, potrzebną i dobrą; niezbyt obfite polskie piśmiennictwo podręcznikowe i monograficzne wzbogacił wydaniem cieszącego się wzięciem i nagrodzonego przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie oryginalnego podręcznika Chorób rdzenia i nerwów obwodowych, pisanego, jak wszystko co wychodziło z pod pióra Orłowskiego, ładną polszczyzną; umożliwił w ten sposób adeptom medycyny i lekarzom czerpać swoje wiadomości z zakresu neurologji w języku polskim, wzbudzając miłość dla rodzimej nauki lekarskiej i zapoznając ich z wynikami polskiego umysłu w tej dziedzinie [1]). Podobnie zasługą ś. p. Orłowskiego było też ogłoszenie drukiem dużej monografji p. t. »Syfilis rdzenia«, przyjętej bardzo życzliwie przez krytykę fachową. W zmienionych warunkach życia, w okresie wielkiej wojny, kiedy stawało się rzeczą widoczną, że naród polski musi odzyskać przyrodzone prawa swobodnego rozwoju, Orłowski znalazł się w gronie tych, którzy postawili sobie za zadanie przygotować organizację Uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego w Warszawie, rozumiejąc, że pierwszym objawem kruszenia więzów niewoli będzie i musi być wskrzeszenie Wyższej Szkoły w Stolicy. Na tem polu zmarły wykazał również cechującą Go zawsze sumienność i pracowitość a także duży zmysł organizacyjny, czego wyrazem między innemi było przygotowanie w najdrobniejszych szczegółach planów przyszłej Kliniki Neurologicznej a także ogłoszenie drukiem w 1915 r. memorjału przyjętego w Podkomisji Szkół Wyższych w sprawie instytutów Wydziału Lekarskiego Uniw. Warszawskiego. W niedługim też czasie po otwarciu Wydziału Lekarskiego Warszawskiego został jego członkiem, jako docent neurologji i psychjatrji, i był w Wydziale aż do chwili Swej śmierci reprezentantem grona docentów tegoż Uniwersytetu; współpraca Jego tutaj była bardzo wydatna i z wielkim pożytkiem dla fakultetu. Na terenie Uniwersyteckim był siłą nadzwyczaj pożyteczną, wykładał stale psychofizjologję, psychopatologję oraz niektóre działy z zakresu fizjologji ośrodkowego układu nerwowego, to też strata Jego dotkliwie dała się tutaj we znaki. Ś. p. kolega Orłowski był również czynnym, zawsze gotowym do pomocy członkiem Warszawskiego Komitetu Redakcyjnego w »Polskiej Gazecie Lekarskiej«, która traci w Nim nieodżałowanego i oddanego pracownika. Odszedł, jak zaznaczyliśmy, w pełni pracy, śmierć zaskoczyła Go na posterunku, z którego nigdy nie schodził. Życiem swojem zasłużył sobie na dobrą o Nim pamięć!

Spis prac ogłoszonych drukiem przez ś. p. St. Orłowskiego doszła do poważnej liczby 32. *F. C.*

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Kursa dla lekarzy od 21 — 30 czerwca 1923. Termin zgłaszania uczestnictwa w kursach upływa z dniem 10. IV. Zgłoszenia późniejsze, zwłaszcza zgłoszenia o mieszkania, nie będą uwzględniane. Tylko ci uczestnicy, którzy przed ostatecznym terminem zgłoszą żądanie zapewnienia mieszkania mogą liczyć na uwzględnienie ich życzenia. Wszyscy zgłoszeni uczestnicy otrzymają po 10 czerwca rozkład godzin wykładowych z oznaczeniem godziny i miejsca rozpoczęcia kursów i z podaniem adresu kwatery, o ile kwaterę zamówili. Zgłoszenia przyjmuje prof. Dr. Lenartowicz, Kraków, Kopernika 36.

Lwów.

Uroczystość nadania doktoratów honorowych dla uczczenia 60-tej rocznicy powstania styczniowego odbyła się dnia 30 maja w Uniwersytecie J. K.. Doktoraty otrzymali następujący uczestnicy powstania i wybitni uczeni: Ks. dr. Wł. Chotkowski (teologja), Wojciech Biechoński i Dr. Bol. Limanowski (prawo), Dr. A. Kwaśnicki (medycyna), Marjan Dubiecki, Dr. Bened. Dybowski i Inż. Zyg. Mineyka (filozofja). Podniosła uroczystość zakończyła się rautem w salach reprezentacyjnych Uniwersytetu.

[1]) Dzieło to wyszło w 1922 roku w drugim uzupełnionym wydaniu.

Uroczystość 450-lecia urodzin Mikołaja Kopernika odbyła się dnia 26 z. m. staraniem komitetu, wybranego z łona Uniwersytetu i Politechniki. Po uroczystem nabożeństwie odbyła się Akademja w auli Coll. magnum. Księga jubileuszowa, obejmująca szereg prac, oświetlających wielostronną działalność naukowego gieniuszu Kopernika, ukaże się jeszcze w b. roku.

Zebranie Internistów (Koła lwowskiego) w sprawie Zjazdu Internistów w Wilnie b. r. odbędzie się w niedzielę dnia 3 czerwca b. roku o godzinie 11·30 w Poliklinice (ul. Lindego 5. I. p.

Zakład dla niemowląt im. Dzieciątka Jezus. Dnia 24 z. m. odbyło się uroczyste otwarcie Zakładu dla niemowląt przy ul. Paulinów. Zakład Dzieciątka Jezus, który dzięki ofiarności Rządu oraz Instytucji Amerykańskich został doprowadzony do współczesnego poziomu, będzie w obecnej szacie wybitną placówką społeczną, zasługującą na jak najwydatniejsze poparcie. Opis zakładu podamy w następnym numerze.

Nadzwyczajne walne zgromadzenie galicyjskiej kasy dla chorych we Lwowie odbędzie się dnia 16. czerwca 1923 r. w lokalu Izby lekarskiej przy ul. Lindego 5 o godzinie 6 wieczorem. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu, 2) zmiana statutu, względnie likwidacja Kasy, 3) wnioski członków.

W razie braku kompletu następne Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie odbędzie się z tym samym porządkiem dziennym, tego samego dnia o godzinie 6.30 wieczorem. Przewodniczący: Dr. *J. Papée* mp. Za sekretarza: Dr. *Jonas* mp.

Towarzystwo higjeniczne odbyło walne zgromadzenie, na którem przewodniczący sekcyj poszczególnych złożyli sprawozdanie z ich działalności. Najżywotniejsza była sekcja odczytowa, która urządziła 4 posiedzenia naukowe i 25 odczytów publicznych popularnych, objaśnionych licznemi obrazami świetlnemi i kinematograficznemi. Odczyty te cieszą się coraz większem uznaniem. Pożyteczną tę akcję ma zamiar Wydział rozszerzyć na prowincję i wśród wojska. Z dalszych sekcyj należy wymienić sekcje walki z alkoholizmem i rakiem. Na zebraniu dokonano zmiany statutu, w myśl którego Towarzystwo otrzyma nazwę »Polskie Tow. higjeniczne we Lwowie« i wejdzie w ścisły związek z Tow. higjenicznem warszawskiem.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie XIX. posiedzenie naukowe odbędzie się dnia 7 czerwca b. r. o godz. 6-ej pop. w Poliklinice przy ul. Lindego 5. porządku: a) Pokazy b) kol. J. Fritz — »Kopernik jako lekarz«.

I. Zieliński, prezes. *W. Janusz*, sekr.

Warszawa.

W związku z utworzeniem nowego gabinetu zostało powierzone kierownictwo Ministerstwa zdrowia p. dr. Bujalskiemu, dotychczasowemu wiceministrowi.

Wybór do naczelnej Izby lekarskiej zarządziło Ministerstwo Zdrowia p. na 9 b. m. Wyboru zarządu dokonają zebrani delegaci Izb lekarskich Rzeczypospolitej.

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego polsko-francuskiego w Warszawie zawiadamia, że firma Masson w Paryżu od dnia 1 maja r. b. rachuje 1 frank = 1200 marek przy obliczeniu należytości za sprowadzane przez członków Towarzystwa książki wydawnictwa tej firmy. Adres sekretarki pani M. Kownackiej w Warszawie; ulica Okólnik 5, m. 17«.

Zakaz wyjazdu do Gdańska i Sopot, jak donosza pisma, ma być wydany przez polskie władze państwowe w odpowiedzi na szykany władz gdańskich w stosunku do Polaków.

Koło medyków Uniw. warszawskiego. Przy Kole Medyków Studentów Uniwersytetu Warszawskiego istnieje biuro pośrednictwa pracy. Podając o powyższem do wiadomości Sz. P. lekarzom, mamy nadzieję, że Sz. P. zechcą korzystać z usług biura, przyczyniając się tem w części do złagodzenia ciężkich warunków materjalnych, w jakich obecnie młodzież medyczna odbywa studja. Biuro poleca kolegów ze wszystkich semestrów studjów na różnego rodzaju zajęcia, wykwalifikowanych kolegów starszych semestrów na zajęcia o charakterze pomocniczo lekarskim, stałe, czasowe i na okres feryj letnich. Uprzejme zgłoszenia prosimy kierować pod adresem Biura Pośrednictwa Pracy przy kole Medyków S. U. W. Warszawa, Chałubińskiego 5.

Redakcja otrzymała: H. Higier. Endemie dysalimentärer Osteoarthropathie, Osteomalazie und Spätrachitis und ihre Stellung zur neuen Lehre von den Vitaminen oder Nutraminen. Odb. z Zeitschr. f. klin. Med. T. 95. Z. 4/6. 1922 — Zur Symptomatologie und Prognose der selteneren Formen epidemischer cerebrospinaler Meningitis. Odb. z Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. T. 35. Z. 4. 1917.